



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL E OS IMPACTOS DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DO GESTOR DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
DO PARANÁ.**

IVANDRO MARCELO KUKUL

Foz do Iguaçu/PR
2018



ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL E OS IMPACTOS DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:
UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DO GESTOR DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
DO PARANÁ.**

IVANDRO MARCELO KUKUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Gladys Amélia Veléz Benito.

Foz do Iguaçu/PR
2018

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação da Biblioteca Latino-Americana
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA

K96g

Kukul, Ivandro Marcelo.

Gestão da política de saúde municipal e os impactos da judicialização da saúde uma análise das percepções do gestor de saúde em um município do Paraná / Ivandro Marcelo Kukul. - Foz do Iguaçu, 2019.

102 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Gladys Amélia Veléz Benito.

1. Políticas públicas. 2. Saúde pública - Judicialização. 3. Direito à saúde - Paraná. 4. Orçamento - saúde pública. I. Veléz Benito, Gladys Amélia Orient. II. Título.

CDU : 614:342.7(816.2)

IVANDRO MARCELO KUKUL

**GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL E OS IMPACTOS DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:
UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DO GESTOR DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO
PARANÁ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Gladys Amélia Veléz Benito.
UNILA

Prof^a. Dr^a. Maria Alejandra Nicolas.
UNILA

Prof^a. Dr^a. Mirian Ventura.
UFRJ

Foz do Iguaçu, 13 de dezembro de 2018.

"Quando um homem morre é como se uma biblioteca inteira se incendiasse"
(provérbio africano)

AGRADECIMENTOS

A Deus! Por absolutamente TUDO! Gratidão.

Aos meus pais Vitor e Jueli, pela sabedoria, educação e tudo o que fizeram e ainda fazem por mim. Meus verdadeiros heróis. Obrigado!

Aos meus irmãos Márcia e Sandro, meu cunhado Luiz e meus sobrinhos Thiago, Bruna, Valentina e o pequeno Luiz Miguel, pela essência na minha vida.

A minha orientadora professora Gladys, pelas dicas, leituras e palavras gentis nessa caminhada, por acreditar em meu projeto desde o início, muito obrigado!

Aos membros da banca, tanto de qualificação quanto de defesa, pelas experiências apresentadas e pelas indicações de leitura, de mudanças na pesquisa e pelas palavras carinhosas de incentivo.

A todos os colegas do mestrado, pela companhia prazerosa durante esses dois anos, pelo aprendizado e troca de experiências vividas.

A minha chefe e colega de trabalho Dayse, por todos esses anos de caminhada na luta por um SUS de qualidade. Obrigado por contribuir na realização dessa pesquisa.

A todos muito obrigado!

RESUMO

A temática de políticas públicas em saúde há muito tempo desperta o interesse de estudiosos e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, na busca por alternativas que sejam aptas a dar soluções adequadas às demandas de alta complexidade e alto custo financeiro que estão presentes na gestão pública diariamente. Como o Estado não tem dado respostas adequadas à efetividade dos direitos sociais, principalmente no aspecto do direito à saúde, os magistrados são obrigados a enfrentar a intensa judicialização das demandas individuais de grande complexidade. Dessa forma, a presente pesquisa parte da premissa de que a obrigação dos gestores municipais em cumprir as decisões do Poder Judiciário nas demandas de alto custo (oriundas de ações judiciais de usuários isolados) compromete os recursos que podem ser aplicados nas políticas públicas de saúde em favor de toda a coletividade. A liberdade de atuação do gestor público na distribuição do orçamento em políticas públicas fica restringida perante a interferência judicial. Nessa perspectiva, a pesquisa tem por objetivo verificar as percepções do gestor de saúde do município de Medianeira – PR quanto à tomada de decisão em políticas públicas diante das ações judiciais que podem afetar a distribuição equânime do orçamento municipal para o setor saúde. A proposta metodológica para a realização da dissertação segue o método dedutivo, a partir de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, com base em referencial teórico acerca do assunto e estudo de caso do sujeito da pesquisa, realizado através de entrevista com aplicação de questionário semi-estruturado. A análise dos resultados foi feita a partir da categorização dos principais assuntos abordados na entrevista, com a possibilidade de correlacionar as respostas com o referencial teórico que foi utilizado na construção da pesquisa.

Palavras-chaves: Políticas Públicas, Saúde, Judicialização, Gestão Municipal.

RESUMEN

La temática de políticas públicas en salud desde hace mucho tiempo despierta el interés de estudiosos y gestores del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, en la búsqueda de alternativas que sean aptas para dar soluciones adecuadas a las demandas de alta complejidad y alto costo financiero que están presentes en la gestión pública diariamente. Como el Estado no ha dado respuestas adecuadas a la efectividad de los derechos sociales, principalmente en el aspecto del derecho a la salud, los magistrados están obligados a enfrentar la intensa judicialización de las demandas individuales de gran complejidad. De esta forma, la presente investigación parte de la premisa de que la obligación de los gestores municipales en cumplir las decisiones del Poder Judicial en las demandas de alto costo (oriundas de acciones judiciales de usuarios aislados) compromete los recursos que pueden ser aplicados en las políticas públicas de salud en a favor de toda la colectividad. La libertad de actuación del gestor público en la distribución del presupuesto en políticas públicas queda restringida ante la interferencia judicial. En esta perspectiva, la investigación tiene por objetivo verificar las percepciones del gestor de salud del municipio de Medianeira - PR en cuanto a la toma de decisión en políticas públicas ante las acciones judiciales que pueden afectar la distribución equitativa del presupuesto municipal para el sector salud. La propuesta metodológica para la realización de la disertación sigue el método deductivo, a partir de una investigación exploratoria de carácter cualitativo, con base en referencial teórico acerca del asunto y estudio de caso del sujeto de la investigación, realizado a través de entrevista con aplicación de cuestionario semi-estructurada. El análisis de los resultados se hizo a partir de la categorización de los principales temas abordados en la entrevista, con la posibilidad de correlacionar las respuestas con el referencial teórico que fue utilizado en la construcción de la investigación.

Palabras claves: Políticas Públicas, Salud, Judicialización, Gestión Municipal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU – Advocacia Geral da União
AI – Agravo de Instrumento
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AgR – Agravo Regimental
APS – Atenção Primária de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CISI – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CF – Constituição Federal
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
DJE – Diário de Justiça Estadual
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IFDM – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
PIB – Produto Interno Bruto
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PMS – Plano Municipal de Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SAMU – Serviço Atendimento Médico de Urgência
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
TJ – Tribunal de Justiça
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNILA – Universidade Federal da Integração Latino Americana
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	17
1.2 PROBLEMA.....	20
1.3 HIPÓTESE.....	20
1.4 OBJETIVOS.....	20
1.4.1 Objetivo Geral.....	20
1.4.2 Objetivos Específicos.....	20
1.5 METODOLOGIA	21
2 MARCO TEÓRICO DA PESQUISA	27
2.1 O ESTADO E SEU PAPEL NA CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	27
2.2 PODER EXECUTIVO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	38
3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR	46
3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ORÇAMENTO PÚBLICO.....	46
3.2 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR	47
3.3 PLANO PLURIANUAL MUNICIPAL (PPA)	47
3.4 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	48
3.4.1 Aspectos Demográficos	49
3.4.2 Condições Sócio-sanitárias	50
3.4.3 Aspectos Socioeconômicos e de Infraestrutura	51
3.4.4 Aspectos Gerais.....	51
3.4.5 Acesso aos Serviços de Saúde	52
3.4.6 Atenção Primária a Saúde	53
3.4.7 Atenção Especializada Ambulatorial	53
3.4.8 Assistência Hospitalar	54
3.4.9 Assistência Farmacêutica	54
3.4.10 Gestão em Saúde.....	55
3.4.11 Planejamento	55
3.4.12 Financiamento	56
3.4.13 Participação e Controle Social.....	57
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	58
4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA	58
4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA.....	58
4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS ORDENS JUDICIAIS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - (liminares concedidas no período de 2011 a 2018).....	60
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS: CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DO DISCURSO....	60

4.4.1 Primeira Categoria de Análise: Orçamento em Saúde e Escassez de Recursos.	65
4.4.2 Segunda Categoria de Análise: Tomada de Decisão em Equipe	71
4.4.3 Terceira Categoria de Análise: Princípio da Legalidade na Administração Pública e a Responsabilização do Gestor.	76
4.4.4 Quarta Categoria de Análise: Teoria dos Diálogos Institucionais e Interdisciplinaridade em Saúde.....	81
4.4.5 Quinta Categoria de Análise: Mediação Sanitária.....	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	94
ANEXO 1	100
ANEXO 2	102

1 INTRODUÇÃO

A temática de políticas públicas em saúde há muito tempo desperta o interesse de estudiosos e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca por alternativas que sejam aptas a dar soluções adequadas às demandas de alta complexidade e alto custo financeiro que estão presentes na gestão pública diuturnamente.

Como o Estado não tem dado respostas adequadas à efetividade dos direitos sociais, principalmente no aspecto do direito à saúde, os magistrados são obrigados a enfrentar a intensa judicialização das demandas individuais e coletivas de grande complexidade.

Assim, cumpre a complexa tarefa essa dissertação em analisar como as demandas impostas pelo Poder Judiciário no âmbito da saúde têm interferido na tomada de decisão pelos gestores municipais.

Serão estudados os aspectos judiciais envolvendo as demandas reprimidas na área de saúde, ou seja, aquilo que se convencionou chamar “judicialização da saúde”. Nesse sentido, serão estudados os principais conceitos envolvendo a judicialização da saúde e os aspectos mais importantes acerca de tal assunto, vez que interferem diretamente na gestão.

Na sequência será feita uma análise cujo objetivo é a caracterização das principais demandas judiciais/extrajudiciais em saúde no município em estudo. A partir do levantamento dos casos que chegam à secretaria municipal de saúde dentro do período compreendido entre os anos de 2011 à 2018 será possível verificar se há suporte fático que justifique pesquisa, ou seja, será possível saber se os casos judiciais afetam ou não as políticas públicas de saúde e se interferem na gestão municipal.

Nesta primeira abordagem, será exposto o problema fático cuja resolução se busca: o problema da delimitação judicial do direito à saúde no Brasil. Assim, tratar-se-á, neste momento, do móvel que constitui o ponto de partida da pesquisa, e não do problema da pesquisa propriamente dito, que será desenvolvido na seção final. A sessão final é justamente a análise dos impactos das demandas judiciais na gestão. A pesquisa de campo buscará analisar como a interferência do Poder Judiciário afeta (ou não) a atuação dos secretários municipais de saúde.

A dissertação aqui apresentada insere-se no tema da judicialização do direito fundamental social à saúde¹, entendido como direito a uma prestação positiva por parte do Estado. Como bem apontado por Carneiro (2016), o tema da judicialização do direito à saúde oferece diversos aspectos que merecem investigação: pode-se estudar a questão dos sujeitos que demandam prestações de saúde em juízo; podem-se estudar os motivos que levam à demanda judicial por prestações de saúde; podem-se estudar as dificuldades relacionadas ao encaminhamento de tais demandas; os recursos disponíveis para quem demanda; os objetivos reais dos demandantes; os fundamentos fáticos e jurídicos mencionados nas demandas; pode-se investigar, também, a questão da jurisdição competente para a apreciação das demandas; a questão do cumprimento efetivo das decisões judiciais que determinam a outorga de prestações de saúde; e assim por diante.

Como se pode perceber, a judicialização do direito à saúde é um tema com várias faces que convida a uma abordagem multidisciplinar. Nesse sentido, é propícia a análise ora enfrentada no curso de mestrado interdisciplinar em políticas públicas e desenvolvimento, vez que o tema se insere na proposta do curso.

Dessa forma, é possível observar que uma reflexão teórica sobre as políticas públicas e sobre o serviço de saúde, em particular, é uma tarefa essencial na situação atual do Brasil, que enfrenta uma série de dificuldades de cunho financeiro em todos os seus órgãos estatais.

A partir da Constituição de 1988, o Brasil assumiu o compromisso de assegurar prestações positivas concretizadoras dos direitos sociais, cujas políticas públicas implicam enormes gastos setoriais. Tais prerrogativas são universais, pois abrangem todos os cidadãos indistintamente. Com relação à saúde, as necessidades aumentam de forma avassaladora enquanto os recursos financeiros continuam limitados, insuficientes para satisfazer as expectativas da população.

É possível defender que a amplitude prestacional do direito à saúde depende da aceitabilidade dos resultados dela advindos. Ou seja: que o reconhecimento de um direito prestacional à saúde é determinado de acordo com os efeitos desse reconhecimento.

A linha argumentativa que reconhece no direito fundamental social à saúde uma amplitude prestacional em grau variável baseia-se na ideia de ponderação. Ao tratar da

¹ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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.

questão dos direitos sociais originários a prestações (dentre os quais se inclui o direito à saúde), Ingo Sarlet observa que, no que se refere às prestações que ultrapassam o âmbito do mínimo existencial, “(...) o impacto dos diversos limites e objeções que se opõe ao reconhecimento destes direitos (especialmente o comprometimento de outros bens fundamentais) poderá, a depender das circunstâncias do caso, prevalecer” (2011, p. 350). Daniel Sarmiento, ao abordar a possibilidade de intervenção judicial em favor da consecução de direitos sociais, opina que “(...) o ponto a que pode chegar o Judiciário depende de uma ponderação de interesses a ser feita em cada caso, na qual, de um lado, figure o direito social em questão, e, do outro, os princípios decorrentes” (SOUZA NETO; SARMENTO, 2008).

Para os fins deste trabalho, o direito fundamental social à saúde deve ser entendido como um direito originário a prestações, ou seja, como um direito deduzido diretamente do texto constitucional, sem interposição legislativa.

Conforme Carneiro (2016), a Constituição Federal de 1988, ao prever o direito à saúde como direito fundamental social nos artigos 6º e 196, tornou possível que parte da doutrina defendesse a exigibilidade em juízo de prestações positivas relacionadas a esse direito. Passou-se a apregoar que o Poder Judiciário deveria ter um papel ativo na efetivação e garantia do direito à saúde, independentemente da legislação infraconstitucional. Nessa toada, os juízes passaram a se deparar com requerimentos pleiteando a entrega de medicamentos, a realização de cirurgias e exames e o fornecimento de aparelhos médicos. Ao decidirem sobre tais demandas, os juízes passaram a considerar desnecessária a intermediação legislativa, retirando de dispositivos constitucionais de natureza principiológica direitos subjetivos praticamente ilimitados à prestação estatal.

Essa concepção generosa acerca da abrangência do direito à saúde, mais adotada pela jurisprudência do que pela doutrina, pode ser vista como positiva, pois corrigiria a ineficiência e a falta de compromisso do Poder Público com a efetivação do direito fundamental à saúde. No entanto, é evidente que tal concepção pode trazer consequências nefastas na medida em que se reproduzam decisões judiciais reconhecendo um acesso ilimitado a ações e serviços de saúde não previstos em lei.

Nas palavras de Ferraz e Vieira, está claro que uma interpretação do direito à saúde como direito ilimitado ao consumo de tecnologias em saúde, por ser faticamente impossível, pode ser alcançado apenas ao custo da universalidade e, conseqüentemente,

da equidade de todo o sistema de saúde. Como não se pode dar tudo a todos, dá-se tudo a alguns e, necessariamente, menos, ou nada, a outros. (FERRAZ; VIEIRA, 2009)

Os autores destacam que a realocação judicial dos recursos da saúde “(...) não é totalmente aleatória, mas obedece, muitas vezes (...) a uma lógica perversa de transferência de recursos, dos mais necessitados aos mais privilegiados na sociedade”. Para eles, tendo em vista que o acesso ao Poder Judiciário ainda é restrito a parte da população, “(...) o uso da via judicial como meio para alocar recursos escassos da saúde favorece automaticamente aqueles que têm maior facilidade de acesso a essa via, geralmente provenientes das camadas mais favorecidas da população” (FERREIRA; VIEIRA, 2009).

Como consequência, Carneiro aponta o crescente comprometimento de receitas estatais em prol do cumprimento de decisões judiciais “generosas”, agravando a falta de verbas públicas destinadas a necessidades de saúde previamente identificadas pelos Poderes Executivo e Legislativo, e a superposição de instâncias decisórias, pois o juiz, ao julgar um caso submetido à sua apreciação, pode ordenar a consecução de medidas administrativas contrárias àquelas definidas pelos gestores de saúde sem ter a exata noção dos recursos disponíveis e das carências a serem satisfeitas, provocando um verdadeiro “desarranjo institucional” (2016).

Além disso, uma concepção generosa acerca do âmbito de proteção do direito à saúde é criticável por dar ao Poder Judiciário a possibilidade de contrariar providências administrativas e legislativas tomadas por representantes legitimamente eleitos pelos demais poderes, o que implicaria uma afronta ao princípio democrático, sem falar na afronta ao princípio da separação dos poderes. A essa potencial afronta ao princípio democrático soma-se uma potencial afronta ao princípio da igualdade, pois as pessoas que demandam a satisfação de prestações de saúde por via judicial podem granjear, graças a uma intervenção do Poder Judiciário, um determinado nível de atendimento de saúde que não é extensível a todas as demais pessoas.

Para ter uma ideia da dimensão da questão, segundo levantamento do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, somente no ano 2010 foram propostas aproximadamente 200.000 (duzentas mil) ações do gênero em todo o território nacional.²

Essa verdadeira avalanche de processos acarretou, como não poderia deixar de ser, um crescente aumento no volume dos gastos estatais necessários ao cumprimento

²Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/em-1-ano-meio-pacientes-entraram-com-24-mil-acoes-em-busca-de-remedios-13569719>>, acesso em 11 agosto de 2017.

das respectivas decisões judiciais. Para citar apenas alguns dados, de acordo com fontes da AGU (Advocacia Geral da União), o Ministério da Saúde despendeu com a aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos por decisões judiciais – provisórias ou definitivas – pouco mais de 170 mil reais no ano de 2003, contudo, no ano de 2007, esse gasto já ultrapassava a marca de 17 milhões de reais e, no ano 2011, chegava a quase 250 milhões³.

Para citar apenas um exemplo, de acordo com o Ministério da Saúde, de 2009 a 2011, para o cumprimento de tão somente 14 decisões judiciais proferidas em ações individuais – traduzidas, pois, no atendimento de 14 pacientes – nas quais se postulava o fornecimento do medicamento “Soliris”, princípio ativo Eculizumabe (ainda não registrado perante a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA), a União despendeu um total de R\$ 12.418.048,45 (doze milhões, quatrocentos e dezoito mil, quarenta e oito reais e quarenta e cinco centavos)⁴.

No seu conjunto, alguns aspectos pouco explorados na literatura devem ser trazidos à tona, pois são numerosos e exigem um alentado tratamento. Deles fazem parte, de forma interdisciplinar, um amplo espectro que abarca princípios, leis, direitos, justiça, administração, ações planejadas, relações conflituosas, prestações de serviços, financiamento, investimentos, gastos, regulação social, sem falar de ideologias, teorias, métodos e conteúdos discordantes. Assim sendo, é fundamental identificar o papel do Estado, como o grande gestor da “*rés pública*”, objetivo essencial da Administração Pública de todos os bens e serviços disponíveis à coletividade.

Quando se pretende abordar a temática das políticas públicas de saúde no Brasil, deve-se ter em mente que o exercício do direito à saúde, que foi positivado no ordenamento jurídico com a Constituição Federal de 1988 vem ganhando contornos nunca vistos, levando operadores do Poder Judiciário a lidar com temas oriundos do Direito Sanitário nos três níveis de governo (competências Federal, Estadual e Municipal).

Dessa maneira, a temática relacionada a esse direito social fundamental vem forçando gestores de saúde a lidarem com a garantia efetiva deste direito em cada caso individual apresentado, através de determinações oriundas do Poder Judiciário que, muitas vezes, entram em choque com a política estabelecida em matéria de assistência à saúde e com a própria lógica de funcionamento do sistema político.

³Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/justica-direito/acesso-a-saude-na-justica-ejb2wcbn7pa87s3cnmwdvorbi>> , acesso em 10 agosto de 2017.

⁴Disponível em: <<http://agu.gov.br/page/download/index/id/23472027>> , acesso em 11 de agosto de 2017.

Assim sendo, buscar-se-á fazer uma análise das políticas públicas da saúde no que diz respeito às dificuldades encontradas pelos gestores municipais na aplicação dos recursos financeiros. Situação esta que, por um lado, representa uma demanda por saúde que envolve altos custos a ser resolvida e, por outro, as demandas impositivas do Poder Judiciário interferindo nas ações do Poder Executivo, como forma de assegurar as garantias constitucionalmente legitimadas aos indivíduos.

Para alcançar tal proposta, o marco teórico da pesquisa será escrito a partir de uma breve revisão acerca do surgimento do Estado e seu papel na condução da sociedade. Especificamente, analisar-se-á o papel do Estado na consolidação das políticas públicas de saúde de maneira geral, sem apontar uma política em específico, mas sim, tentando averiguar se as demandas coercitivas do Poder Judiciário prejudicam ou não a aplicação de verbas em políticas sanitárias.

Na sequência, o referencial teórico será voltado ao estudo das questões relacionadas ao tema da judicialização do direito à saúde, para que o leitor possa entender o que é a judicialização e quais os seus contornos políticos. A ideia aqui é dar base ao tema da pesquisa, pois não é possível entender as percepções do gestor municipal de saúde frente às imposições do Poder Judiciário se não for estudada a essência dessas demandas jurídicas por direito à saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse na pesquisa proposta surgiu da experiência profissional como enfermeiro que atua na atenção básica municipal, uma vez que a realidade das políticas públicas em saúde se encontra fragilizada pela limitação do orçamento que é aplicado na assistência aos usuários.

A proposta de pesquisa evidencia a importância que o assunto desperta na atualidade, ante o fato de que a interferência do Poder Judiciário nas demandas de saúde tem colocado os gestores municipais em uma situação de grande dificuldade para a resolução dos problemas que lhes são apresentados, sobretudo no que diz respeito às demandas de alta complexidade, que exigem gastos que comprometem o orçamento que é destinado para a coletividade.

Muito embora a Constituição Federal tenha dado competência comum para todos os entes estatais o cuidado em saúde, é forçoso lembrar que grande parte dos problemas

que se apresentam nas demandas reprimidas recaem sobre os municípios, que estão na ponta e na linha direta de prestações de serviços de saúde.

Nesse sentido, José Afonso da Silva (2012) esclarece que na seara competencial, dentro da divisão de atribuições estatais entre os entes políticos, própria do sistema federalista, o art. 23, II, da Constituição Federal previu ser competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública”, além da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Reforça essa previsão o art. 30, VII, ao outorgar aos Municípios competência para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Para o citado autor, competência comum, cumulativa ou paralela, reputadas expressões sinônimas, significam: “a faculdade de legislar ou praticar certos atos, em determinada esfera, juntamente e em pé de igualdade, consistindo, pois, num campo de atuação comum às várias entidades, sem que o exercício de uma venha excluir a competência de outra, que pode assim ser exercida cumulativamente” (SILVA, 2012).

Dessa forma, percebe-se que as interferências judiciais prejudicam o trabalho dos gestores municipais de saúde na adequada aplicação dos princípios do SUS, quais sejam a universalidade, equidade e integralidade na assistência.

Conforme Neto (2016) em referência a Bittencourt e Zouain, a gestão pública é a substância fundamental da atividade correspondente ao Poder Executivo, o qual faz referência ao exercício de gestão desempenhado pelo seu titular sobre os bens do Estado. Segundo os autores, é uma forma de gerir de modo imediato e permanente visando satisfazer as necessidades públicas na busca pelo bem de todos. Tal atribuição é, na verdade, a realização de um serviço público, submetido ao limite jurídico em particular que normatiza suas atividades e se efetiva a partir da emissão e realização dos atos administrativos. É, portanto, a maneira que uma instituição ou gestor público tem para estruturar e organizar os bens do Estado.

Há, na gestão pública, uma obrigatoriedade de prestação de contas por meio de relatórios para serem avaliados pelo legislativo e pela sociedade em geral (LOPES, 2010).

Para Barroso (2007) o fenômeno da judicialização na gestão pública é uma ação que ocorre na política pública todas as vezes em que os tribunais, ao exercerem suas funções normais, afetam diretamente nas condições da atuação política e podem impactar na gestão pública.

Tais impactos da judicialização na gestão pública afetam, principalmente, os setores do orçamento público e financeiro das políticas públicas. Desta forma, nota-se que a ação judicial ganha considerações polêmicas referentes à sua interferência no orçamento do Executivo, pois envolve tomada de decisões técnicas que o judiciário estabelece para as alternativas de tratamento e de remédios os quais precisam ser fornecidos pelo Poder Público, sem a necessidade de deter o específico conhecimento (VIANNA, 1999).

A viabilidade da pesquisa está demonstrada a partir do instante em que a dissertação poderá dar suporte na resolução dos problemas enfrentados pelos gestores municipais haja vista a grande preocupação nas possíveis responsabilizações judiciais.

Mostra-se oportuna a pesquisa porque os gestores assumem encargos e responsabilidades no âmbito de saúde que os obrigam a utilizar os recursos dos diversos programas federais ou estaduais tornando frágil a base econômica a ser aplicada em políticas públicas de saúde. Dessa forma a liberdade na tomada de decisões passa a ficar engessada, pois os gestores de saúde estão cada vez mais recebendo determinações do Poder Judiciário na aplicação de recursos.

Parte-se da hipótese de que a obrigação dos gestores municipais em cumprir as decisões do Poder Judiciário nas demandas de alto custo (oriundas de ações judiciais de usuários isolados) compromete os recursos que podem ser aplicados nas políticas públicas de saúde em favor de toda a coletividade. Assim sendo, coloca em risco o poder discricionário dos gestores quanto à liberdade de atuação, sob pena de responsabilização judicial.

Segundo Diógenes Gasparini (2010), a par dos controles administrativo e legislativo, a Administração Pública se sujeita ao controle jurisdicional. Pode ser conceituado como o controle de legalidade das atividades e atos administrativos do Executivo, do Legislativo e do Judiciário por órgão dotado do poder de solucionar, em caráter definitivo, os conflitos de direito que lhe são submetidos.

Para José dos Santos Carvalho Filho (2014), o controle judicial é o poder de fiscalização que os órgãos do Poder Judiciário exercem sobre os atos administrativos do Executivo, do Legislativo e do próprio Judiciário. No sistema de equilíbrio de Poderes, o Judiciário assume a relevante missão de examinar a legalidade e a constitucionalidade de atos e leis. É o Poder Jurídico por excelência, sempre distanciado dos interesses políticos que figuram frequentemente no Executivo e no Legislativo.

Dessa forma, a pesquisa vislumbra analisar quais as percepções do gestor de saúde do município de Medianeira – PR quanto às decisões judiciais relacionadas a procedimentos de alto custo, principalmente no que diz respeito ao comprometimento do investimento em políticas públicas de saúde e possíveis responsabilizações judiciais.

1.2 PROBLEMA

Que percepção tem o gestor público de saúde municipal sobre a condução de suas decisões perante a judicialização de saúde?

1.3 HIPÓTESE

A obrigação dos gestores municipais em cumprir as decisões do Poder Judiciário nas demandas de alto custo (oriundas de ações judiciais de usuários isolados) compromete os recursos que podem ser aplicados nas políticas públicas de saúde em favor de toda a coletividade. A liberdade de atuação do gestor público na distribuição do orçamento em políticas públicas fica restringida perante a interferência judicial.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Verificar as percepções do gestor de saúde do município de Medianeira – PR quanto à tomada de decisão em políticas públicas diante das ações judiciais que afetam a distribuição equânime do orçamento municipal para o setor saúde.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os tipos de decisões judiciais geradas nos últimos cinco anos no setor de saúde do município de Medianeira - Paraná;
- b) Analisar como se dá a tomada de decisões do gestor municipal de saúde diante dos gastos gerados pelas decisões judiciais nos últimos cinco anos;
- c) Identificar a origem dos pedidos por medicamentos contra a secretaria municipal de saúde judiciais ou extrajudiciais;
- d) Analisar os documentos que servem de instrumento para a gestão orçamentária em saúde no município de Medianeira/PR;

e) Aplicar roteiro guia para a coleta de informações e análise das percepções do gestor municipal frente à judicialização da saúde no município de Medianeira/PR.

1.5 METODOLOGIA

A realização de uma pesquisa implica o planejamento do conjunto de passos que devem ser seguidos para chegar a uma resposta sobre a questão que motivou o desenvolvimento da mesma. Nesse sentido, uma pesquisa é a realização de um estudo planejado, sendo o método de abordagem do problema o que caracteriza o aspecto científico da investigação (PRODANOV e FREITAS, 2013).

A esse respeito, Marconi e Lakatos (1992), definem a pesquisa como um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer-se a realidade ou para descortinar verdades parciais.

Assim como os autores acima citados, Oliveira (2013) destaca que a realização de uma pesquisa compreende, entre outros, a utilização de métodos, os quais são definidos pela autora como o caminho escolhido para alcançar os objetivos previamente estabelecidos durante a elaboração do projeto de pesquisa. Ainda, afirma que ele pressupõe um planejamento com a utilização de instrumentos (técnicas de pesquisa) adequados para a consecução de tais objetivos. Para Dicker e Viá, citados por Oliveira (2013), as técnicas de pesquisa se referem aos procedimentos concretos empregados pelo investigador para realizar o levantamento de dados e as informações necessárias para entender e explicar o problema que se está investigando.

Do ponto de vista metodológico, esta é uma pesquisa qualitativa, a qual é definida como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para a compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e segundo sua estruturação. Este processo implica em estudos segundo a literatura pertinente ao tema, observações, aplicação de questionários, entrevistas e análises de dados, o qual deve ser apresentado de forma descritiva (OLIVEIRA, 2013).

Minayo (2014) destaca que na pesquisa qualitativa se faz uso de poucos casos, contrariamente à quantitativa, que usa muitos casos, trabalhando o geral com proposições gerais, ou seja, estudos históricos, de relações e representações, estudos de crenças,

das percepções e opiniões como resultado das interpretações das pessoas dizem respeito a sua forma de vida, a construção de si mesmo, forma de pensar e sentir.

O método utilizado para este tipo de pesquisa é o dedutivo, ou seja, a partir dos conceitos e proposições trazidas pelos textos selecionados é que se deu início à discussão do tema, para que fossem alcançados resultados e conclusões satisfatórias. A proposta metodológica adota o método dedutivo, definido por Marconi e Lakatos (2007) como aquele em que, sendo todas as premissas verdadeiras, a conclusão necessariamente há que ser verdadeira.

É o método que parte do geral, e, a seguir, desce ao particular. Sendo assim, este método de abordagem trabalha a partir da relação entre os enunciados legais, tira-se uma conclusão, ou seja, serão analisadas várias legislações e pensamentos doutrinários, apontando-se os mais adequados para executar no caso concreto. No mesmo sentido, bem sintetiza Odília Fachin (2006) segundo a qual pelo método dedutivo, de duas proposições necessariamente surge uma conclusão. É um conhecimento que se obtém de forma inevitável e sem contraposição. Parte de geral para particular de conhecimento universal para o conhecimento particular.

Esta pesquisa tem um caráter exploratório, com abordagem predominantemente qualitativa, por meio de revisão de bibliografia, análise documental e estudo de caso no município de Medianeira – PR, visando analisar a percepção do gestor municipal de saúde na condução de suas decisões frente ao fenômeno da judicialização. Para a realização do estudo de caso foram utilizadas várias técnicas de pesquisa, com destaque para o levantamento de dados documentais, legislação aplicável ao SUS no âmbito municipal, análise de prontuários disponíveis na farmácia básica, entrevistas semiestruturadas com a gestão, com a coordenação da atenção básica e com a coordenação da atenção farmacêutica.

O sujeito da pesquisa é o secretário de saúde do município de Medianeira – PR, responsável pela gestão orçamentária dos recursos provenientes do SUS para a aplicação em políticas públicas de saúde, agindo na qualidade de representante do Poder Executivo municipal.

O instrumento de coleta de dados eleito para a pesquisa é a análise bibliográfica e documental que se tem acerca do tema e entrevistas semiestruturadas submetidas ao sujeito da pesquisa.

A coleta de dados de fontes primárias foi realizada através de entrevista semiestruturada (aplicação de questionário), onde as perguntas foram parcialmente

formuladas pelo pesquisador antes de ir a campo, apresentando grande flexibilidade, pois permite aprofundar elementos que podem ir surgindo durante a entrevista. Já as fontes secundárias foram obtidas por meio da análise dos documentos disponíveis.

Os documentos pesquisados foram os arquivos de todos os processos judiciais no período dos últimos cinco anos (2014/2018) que estão disponíveis na farmácia municipal. Além disso, foram verificados e analisados os seguintes documentos: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Plurianual (PPA) e o Plano Municipal de Saúde (PMS) vigentes. Todos esses documentos estão disponíveis no site do município, na aba Portal da Transparência⁵.

O primeiro documento pesquisado foi o PMS (Plano Municipal de Saúde) de Medianeira, cuja finalidade é apontar os principais focos de atuação que deverão ser pautados pela administração pública municipal no quadriênio 2018/2021, ou seja, contém as diretrizes, ações, indicadores e metas para esse período.

Trata-se de um estudo que foi elaborado com base na análise do perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população de Medianeira, Relatório da 11ª Conferência Municipal de Saúde, nos projetos prioritários, nas Redes de Atenção à Saúde e nas propostas do plano de governo gestão 2017 - 2020.

De acordo com as informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Medianeira, o seu conteúdo está em consonância com as políticas estadual e nacional de saúde, buscando vivenciar um novo momento de inovações, as quais deverão promover transformações na gestão, no planejamento da saúde e nos resultados sanitários.

O processo de elaboração foi apresentado e discutido na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde aos 28 de Setembro de 2017. Após discussão foram aprovadas as metas contidas no documento na reunião do Conselho Municipal de Saúde em 23 de Novembro de 2017.

Já o Plano Plurianual (PPA) é o documento que foi instituído pela Lei nº 670/2017 de 20 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o PPA do Município para o quadriênio 2018/2021. Referida lei contém cinco anexos para explicitar as fontes de financiamento e o conteúdo programático do plano plurianual.

De acordo com o documento pesquisado, a programação constante do PPA é financiada pelos recursos oriundos do tesouro municipal, das transferências constitucionais, das operações de crédito, dos convênios, auxílios, subvenções e congêneres, firmados com órgãos estaduais e federais, bem como de parcerias firmadas

⁵ <http://www.medianeira.pr.gov.br/transparencia/>

com a iniciativa privada.

Através do PPA é possível conhecer os valores previstos para a execução de todas as ações ou metas do município, inclusive na secretaria de saúde, o que interessa para a presente pesquisa.

Por fim foi consultada a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), prevista na Lei nº 671/2017, de 20 de dezembro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária anual do município de Medianeira/PR para o exercício financeiro de 2018.

Esse documento estabelece as diretrizes, objetivos, prioridades e metas para a elaboração e execução da LDO, e compreende oito anexos, que se dividem em: metas fiscais, prioridades da administração municipal, estrutura dos orçamentos, diretrizes para a elaboração do orçamento do município, disposições sobre a dívida pública municipal, disposições sobre despesas com pessoal, disposições sobre alterações na legislação tributária municipal e disposições gerais.

A aplicação do instrumento de coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2018, entre os meses de agosto e setembro, após agenda prévia feita diretamente na secretaria municipal de saúde. O objetivo foi realizar um levantamento das principais ações judiciais propostas no município, na base de dados disponível na farmácia municipal, que funciona no mesmo prédio da secretaria de saúde.

Na sequência, foi aplicada a entrevista de forma reservada com o secretário de saúde. A utilização de recurso para a sua realização foi o uso de gravador, com autorização do entrevistado através do formulário de livre consentimento, para posterior transcrição dos aspectos mais relevantes da entrevista.

As perguntas aplicadas foram formuladas após a realização da banca de qualificação (julho de 2018), com as respectivas sugestões e as observações pertinentes ao tema. Encontra-se em anexo o questionário utilizado.

Após a entrevista, foram analisadas as respostas de maneira minuciosa, de forma que foi possível categorizar os pontos mais relevantes apontados pelo gestor.

Com as percepções selecionadas, procedeu-se à análise qualitativa das respostas de forma conjunta com aquilo que foi pesquisado durante o desenvolvimento do marco teórico, cujo objetivo foi responder o problema da pesquisa.

Quanto ao tipo de pesquisa, utilizou-se estudo de caso, que, segundo Gil (2010) consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

A opção pelo estudo de caso justamente ocorreu devido à escolha do problema a ser pesquisado na dissertação, qual seja, as percepções do gestor de saúde do município de Medianeira-PR.

Com relação à análise dos dados foi escolhida a análise de discurso, que, segundo Caregnato e Mutti (2006), não é uma metodologia, é uma disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas, pertencentes a áreas da linguística, do materialismo histórico e da psicanálise. Além disso, para as autoras outro aspecto a ressaltar é que a AD mostra como o discurso funciona não tendo a pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento.

Na análise do discurso não é necessário analisar tudo que aparece na entrevista, pois se trata de uma análise vertical e não horizontal. O importante é captar a marca linguística e relacioná-la ao contexto sócio-histórico. Deste modo, várias leituras do texto farão com que o analista do discurso estranhe aquela(s) palavra(s) ou formas sintáticas, pode ser, que marca(m) o discurso e se repete(m), visualizando assim as marcas linguísticas no material languageiro (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Segundo Pêcheux (2002), a análise de discurso costuma ser feita através do método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas. A análise por categorias temáticas tenta encontrar uma série de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados; [...] codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações, [...] em função do julgamento do codificador [...] o que exige qualidades psicológicas complementares como a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, por parte do codificador para apreender o que importa.

A análise categorial é o tipo de análise mais antiga e na prática a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos. A análise categorial poderá ser temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Este tipo de classificação é chamado de análise categorial (CAREGNATO e MUTI, 2002).

Após a realização da entrevista, foram degravadas as falas do gestor municipal e realizados os agrupamentos em categorias, de acordo com sua relevância e aparecimento no texto. As categorias foram divididas em cinco modalidades principais

para, a partir de então, proceder-se a análise qualitativa da pesquisa, ou seja, a análise dos resultados encontrados.

Assim sendo, o caminho seguido para a realização da pesquisa ora proposta foi essencial na condução da análise das percepções do gestor municipal de saúde frente aos processos judiciais que se fazem presentes no dia a dia da gestão. Desse modo, a presente pesquisa poderá contribuir com alternativas para a melhor aplicação de recursos financeiros em saúde pública, o que se justifica como algo que será útil para melhorar o atendimento do usuário da atenção básica, propondo estratégias que tornem as políticas públicas plenas para o cidadão.

2 MARCO TEÓRICO DA PESQUISA

2.1 O ESTADO E SEU PAPEL NA CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Realizar uma análise relacionada ao tratamento normativo dedicado ao direito à saúde pelo ordenamento jurídico brasileiro é o objetivo que se coloca a partir desse momento. Para tanto, a abordagem aqui proposta irá partir da Constituição de 1988, a qual foi influenciada pelo movimento sanitarista brasileiro e pelos parâmetros normativos de proteção adotados pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos.

Política pública pode ser definida como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado nas escalas federal, estadual e municipal, com vistas ao atendimento a determinados setores da sociedade civil. Nos dizeres de Teixeira (2002, pg. 2)

Políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas.

Nesse sentido, pode-se inferir que as políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e mobilização social (TEIXEIRA, 2002).

De acordo com Celina Souza (2007, pg. 66), a política pública como área do conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos Estados Unidos, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos.

E continua a autora citada acima, esclarecendo que, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado – o governo-, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos Estados Unidos,

ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Para Souza (2007, pg. 68), não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Já a definição mais clássica é atribuída a Lowi *apud* Rezende (2004:13): política pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas”.

E segue a autora, sintetizando o pensamento acima no sentido de que a política pública pode ser resumida como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). Para Souza (2007, pg. 69), a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores. E a autora conclui seu pensamento no sentido de que a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos.

Quando se discutem políticas de saúde no Brasil de hoje, não se podem ignorar os artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, que reconhecem a saúde como direito fundamental das pessoas e dever do Estado. Assim, um assunto que até 1988 era

primordialmente técnico e político passou a ser também jurídico e de ordem constitucional.

Nos dizeres de Vasconcelos Carneiro (2016, pg. 17), na primeira metade do século XX, diante do desencanto generalizado com o liberalismo e da conseqüente instauração do chamado Estado Social, a saúde, assim como os demais bens imateriais relacionados ao que se passou a denominar “direitos sociais”, ganhou, pela primeira vez, uma regulamentação normativa estatal sistematizada, inclusive alcançando as alturas dos textos constitucionais. Compreendeu-se, enfim, que a proteção e a promoção da saúde da população deveriam ser assumidas como encargos do Estado, a quem competiria prestar serviços públicos e exercitar seu poder de polícia com o objetivo de garantir condições materiais propiciadoras de um melhor estado de saúde dos indivíduos. Ganhava relevo, também de forma inédita, uma percepção preventiva – e não meramente curativa- atinente à saúde, incentivadora de campanhas de imunização, melhoria do saneamento básico e prestação de informação à população acerca de melhores hábitos alimentares e de higiene.

Essa é também a visão de Shwartz (2001, pg. 33): A tese preventiva da saúde começa a ganhar corpo com a ideia do Welfare State surgido após as grandes guerras, e, portanto, quando nasce uma visão coletivizante da realidade social. Ora, a saúde deveria não ser mais apenas um ‘poder comprar a cura’, mas sim direito de que ‘todos tenham acesso à cura’. O Estado interventor deveria, pois, proporcionar a saúde aos seus cidadãos mediante serviços básicos de atividade sanitária.

A Constituição Federal de 1988 prevê uma extensa lista de direitos sociais em seu artigo 6°. O dispositivo afirma que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (BRASIL, 1988)

Não é só o artigo 6° da Constituição que trata do direito fundamental social à saúde. A Carta Magna também dispõe sobre o assunto na Seção II (Da Saúde) do Título VIII da Constituição (Da ordem social). Nesta seção, que vai do artigo 196 ao artigo 200, disciplina-se a estruturação dos serviços públicos de saúde, traçam-se parâmetros para a atuação privada no setor e enumeram-se algumas atribuições do sistema único de saúde. O artigo 196 define a saúde nos seguintes termos: Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Para Vasconcelos Carneiro (2016), preambularmente, é de se notar que o referido preceptivo constitucional (art. 196) reafirma a disposição do art. 6º, ao declarar a saúde como direito subjetivo – e, portanto, exigível – a ser gozado por todos. Mais do que isso, identifica já o sujeito passivo da relação jurídica obrigacional resultante do reconhecimento de tal direito, isto é, aponta a pessoa obrigada a satisfazê-la materialmente, entregando o bem da vida correspondente, e, por via de consequência, contra quem haverá de ser dirigida a pretensão condenatória no caso de violação ou não atendimento espontâneo do direito no caso concreto: o Estado, considerado este globalmente, isto é, compreendendo todos os componentes da Federação.

Efetivou-se, dessa forma, a expressa positivação do direito à saúde em nível constitucional, bem como a superação da sistemática anterior que apenas o garantia aos que estivessem formalmente inseridos no mercado de trabalho. Doravante, o direito fundamental social à saúde passou a ser constitucionalmente assegurado a todos os brasileiros, independentemente da existência de vínculo empregatício (BARROSO, 2010).

Seu reconhecimento como um direito fundamental social passa a demandar do Estado a adoção de medidas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de garantir o acesso universal às ações e serviços para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, conforme previsão expressa do art. 196 da Constituição de 1988.

Inicialmente, deve-se mencionar que, independentemente da sua dimensão subjetiva, o direito fundamental à saúde agrega ao ordenamento jurídico brasileiro um conteúdo objetivo. Isso implica a existência de uma responsabilidade estatal com relação à concepção e execução das políticas públicas afetas à saúde, ou seja, aos serviços e ações tendentes à sua promoção, proteção e recuperação (MOREIRA, 2015).

No mesmo sentido é a visão de Vasconcelos Carneiro, para quem o direito à saúde é um direito fundamental social, assim reconhecido pela Constituição Federal de 1988. O referido direito expressa tanto uma dimensão subjetiva como uma dimensão objetiva. Sob a ótica da primeira, cuja perspectiva é a do titular individual do direito, aquele se caracteriza por uma situação jurídica de vantagem outorgada pela Constituição ao indivíduo, constituindo típico direito subjetivo, de acordo com a construção civilista clássica desse instituto, permitindo-lhe, pois, exigir do correspondente sujeito passivo da relação obrigacional daí emergente comportamentos, positivos ou negativos, tendentes a

satisfazer concreta e diretamente o direito em questão. O ponto central desse modo de encarar o direito é a necessária consequência de que, uma vez não cumprida voluntariamente a obrigação pelo destinatário da norma, ao titular do direito fundamental abre-se a possibilidade de impor judicialmente seus interesses juridicamente tutelados, através do exercício do também constitucional direito de ação (2016).

Ainda, para o referido autor, relacionam-se com essa dimensão subjetiva, pois, as já corriqueiras pretensões judicializadas postulando do poder público o fornecimento de medicamentos e outros insumos médicos não disponibilizados ordinariamente pelo SUS ou, então, a internação em leitos de UTI de hospitais privados ou, ainda, o custeio de tratamento médico no exterior, dentre outras ações congêneres, fenômeno que se convencionou chamar de judicialização das políticas públicas de saúde (2016).

Já de acordo com a perspectiva objetiva, tem-se que as proposições positivadoras e veiculadoras de determinado direito fundamental, no que se insere o direito à saúde, para além de outorgarem ao respectivo titular um direito subjetivo justiciável, constituem também manifestação da incorporação, pelo ordenamento, de valores objetivos impessoais tidos como essenciais para uma boa e harmoniosa convivência social, capazes, assim, de irradiar efeitos jurídicos por todo o sistema, bem como conformar o comportamento tanto do Estado como dos particulares, de modo a proteger e promover o tal valor, na medida em que o reconhecimento de sua fundamentalidade foi resultado de uma decisão política do constituinte, enquanto representante do poder soberano residente no povo (art. 1º, parágrafo único, CF/88). Sob esta ótica, pode-se dizer que o direito à saúde se transmuta em uma espécie de direito difuso, já que, assumindo um caráter transindividual, passa a ser titularizado não por um sujeito em particular, mas sim por toda a sociedade, de forma coletiva e indivisível (2016).

As políticas públicas voltadas para a saúde nos últimos tempos têm sido de grande importância para a população de todo o país, mesmo sabendo-se que a sua implementação não tenha sido aplicada de forma equitativa e satisfatória. Muitas vezes, grande parcela da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) fica à mercê de políticas eficientes e resolutivas por parte dos órgãos estatais, o que leva à busca de tutela jurisdicional para a imediata ordem de cumprimento das demandas reprimidas. Nelson Rodrigues dos Santos (2007, pg. 59), militante histórico do Movimento Sanitário brasileiro, aponta que

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir

demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos.

Para Santos (2007), a reprodução do complexo médico-industrial, os casos de corporativismos antissociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco. Esse contexto extremamente adverso e desgastante não justifica, contudo, passividades e conivências com irresponsabilidades sanitárias perante os princípios e diretrizes constitucionais, na gestão descentralizada do SUS nem ao nível central.

Ainda, segundo o autor, é preciso ter muito cuidado e dedicação que devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito (SANTOS, 2007).

O Sistema Único de Saúde, regido pela Lei nº 8080/90, foi criado justamente com o objetivo de assegurar a universalização do acesso à saúde (artigo 196 da Constituição Federal), que estabelece,

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000, pg. 17).

Abordado o ponto relativo à fundamentalidade do direito à saúde, cabe tratar do ponto atinente ao conteúdo do direito à saúde. Para Carneiro (2016), esse conteúdo pode ser dividido em duas dimensões: uma negativa e outra positiva. Para o autor, no campo da dimensão negativa, “(...) o direito à saúde determina o dever de respeito, num sentido eminentemente negativo, ou seja, não afetar a saúde de alguém, mas, sim, preservá-la”. Na dimensão positiva, o direito à saúde implica o dever, em especial do Estado, “(...) de executar medidas reais e concretas no sentido de fomento e efetivação da saúde da população (...)” de maneira que o indivíduo ou a coletividade tornam-se “(...) credores de um direito subjetivo a determinada prestação, normativa ou material”. A titularidade desse direito subjetivo prestacional à saúde é “(...) de toda e qualquer pessoa humana, brasileira ou não (...)”, e tem como destinatário precípua do dever que lhe é correlato o Estado, pois, conforme o artigo 196 da Constituição, “A saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”.

A dimensão positiva expressa o que se entende usualmente por direitos sociais: direitos a prestações em face do Estado. José Afonso da Silva (2005), conceitua os direitos sociais como: “prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos.”

Caso se admita que o direito fundamental social à saúde é um direito originário a prestações, surge a questão concernente à amplitude das prestações exigíveis com base nos dispositivos constitucionais. O que pode ser exigido? Toda e qualquer prestação ou apenas algumas prestações? E o que é exigido, pode sê-lo em que nível? O poder público está obrigado a dispensar um atendimento à saúde ótimo, razoável ou apenas “não sofrível”? Esses questionamentos são sintetizados por Ingo Sarlet (2011):

Além disso, assume relevo (também aqui) o questionamento a respeito do limite da prestação reclamada do particular perante o Estado. Em outras palavras, cuida-se de saber se os poderes públicos são devedores de um atendimento global (toda e qualquer prestação na área da saúde) e, independentemente deste aspecto, qual o nível dos serviços a serem prestados. Em suma, pergunta-se se o particular (qualquer um ou apenas os que comprovem carência de recursos para manutenção de um plano de saúde privado?) poderá ter acesso, por exemplo, além dos serviços essenciais na esfera médica, a atendimento odontológico, psicológico, serviços de fisioterapia, etc. Ademais, será o Estado obrigado a prestar saúde de acordo com padrões mínimos, suficientes, em qualquer caso, para assegurar a eficácia das prestações, ou terão os particulares direito a serviços gratuitos da melhor qualidade (equipamentos de última geração, quarto privativo em hospitais, etc.)?

Para Carneiro (2011), os dispositivos constitucionais que tratam do direito fundamental à saúde não enumeram as prestações que lhe são inerentes. Por mais que se reconheça a existência de um direito subjetivo a exigir prestações relativas à saúde em face do Estado, e por mais que se admita que esse direito deflui de forma direta da Constituição, sem necessidade de intermediação legislativa, é certo que não se pode aferir o que é assegurado por esse direito e mensurar em que extensão ele é assegurado. Dadas essas incertezas, pode-se defender que o direito fundamental social à saúde, enquanto direito originário a prestações, não garante nada.

A ideia de que as disposições constitucionais sobre o direito à saúde constituiriam normas programáticas, das quais não se extrairia um direito subjetivo a prestações, já foi dada pelo Superior Tribunal de Justiça. Veja-se trecho da ementa do acórdão prolatado no julgamento do Recurso Ordinário em Mandado de Segurança 6.564/RS:

Normas constitucionais meramente programáticas – ad exemplum, o direito à saúde – protegem um interesse geral, todavia, não conferem, aos beneficiários desse interesse, o poder de exigir sua satisfação – pela via do *mandamus* – eis que não delimitado o seu objeto, nem fixada a sua extensão, antes que o legislador exerça o *múnus* de completá-las através da legislação integrativa. Essas normas (arts. 195, 196, 204 e 227 da CF) são de eficácia limitada, ou, em outras palavras, não tem força suficiente para desenvolver-se integralmente, “ou não dispõem de eficácia plena”, posto que dependem, para ter incidência sobre os interesses tutelados, de legislação complementar. (BRASIL, 1996)

Partilhando do entendimento de que a Constituição garante um direito originário e ilimitado a prestações na área da saúde, Camila Daros Cardoso afirma que a diretriz do atendimento integral revela que o legislador “(...) buscou abranger todas as necessidades dos cidadãos no que diz respeito ao seu bem estar”. De forma enfática, considera que o constituinte “Não limitou tratamento, nem atividade estatal, consagrou a garantia da forma mais ampla possível, sem exclusões de doenças ou patologias”. Pelo princípio do atendimento integral, inserto no artigo 198, II, da Constituição, os serviços de saúde devem “(...) abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde, pois todos têm direito à saúde, que deve ser prestada de maneira completa”. (CARDOSO, 2010)

Se há posições segundo as quais o direito à saúde, independentemente de intermediação legislativa, assegura prestações, coloca-se a questão acerca da exigibilidade de tais prestações; e se há posições doutrinárias divergentes acerca da amplitude do conjunto de prestações reivindicáveis, coloca-se a questão acerca das questões e serviços de saúde que podem ser objeto de tutela jurisdicional. Essas questões são enfrentadas – e, de certa forma, resolvidas – em decisões do Poder Judiciário que apreciam demandas fundadas no direito constitucional à saúde, deferindo ou não pedidos de concessão de medicamentos, de realização de cirurgias, de custeio de tratamentos médicos, etc.

As decisões que, ao apreciarem tais demandas, admitem a existência de um direito subjetivo a prestações extraível diretamente do texto constitucional, não previsto em lei ou em outros atos normativos, procedem ao que aqui se designa como “delimitação judicial do direito à saúde”, que se choca com a “delimitação legislativa do direito à saúde” realizada pelo Poder Legislativo, e com a “delimitação administrativa do direito à saúde” realizada pelo Poder Executivo. Assim, para os fins deste trabalho, deve entender-se

“delimitação judicial do direito à saúde” como um raciocínio, explícito ou implícito em uma decisão do Poder Judiciário, que reconhece um direito originário a prestações não constante em lei ou ato normativo inferior, sob o argumento de que esse direito emana da própria Constituição (CARNEIRO, 2016).

Um caso emblemático de decisão do Supremo Tribunal Federal, proferida no caso tratado na Petição 1.246/SC em 1997, pelo então presidente daquela corte, Ministro Celso de Mello, passou a ser referência para vários tribunais brasileiros, como uma espécie de chavão forense repetido em demandas judiciais de saúde.

Como providencia reclamada foi considerado pelo ministro que era a única medida capaz de salvar a vida do autor, cujo argumento central da decisão foi:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput) ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõe ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida” (BRASIL, 1997)

Em comentário à referida decisão, João Paulo de Souza Carneiro (2016) assim se manifesta: Não se pode falar que a decisão admite a ponderação, pois o ministro Celso de Mello deixa claro que entre proteger o direito à vida ou fazer prevalecer um interesse financeiro do Estado só era possível uma opção: o respeito indeclinável à vida.

Já a Ministra Ellen Gracie, do Supremo Tribunal Federal, em 2007, ao apreciar o pedido de Suspensão de Tutela Antecipada nº 91, feito pelo Estado de Alagoas, tomou decisão contrária àquela exarada por Celso de Mello em 1997, decisão esta que foi considerada como restritiva, no sentido de que para a ministra, o artigo 196 da CF/88 abriga uma norma que ordena a efetivação de políticas públicas de saúde que abrangem toda a população e, em princípio, não garante um direito individual à saúde. Além disso, o fornecimento de recursos não pode levar à inviabilização do sistema público de saúde:

Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. No presente caso, ao se conceder os efeitos da antecipação da tutela para determinar que o Estado forneça os medicamentos relacionados (...) e outros medicamentos necessários para

tratamento (...)’ (fl. 26) dos associados, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade. (BRASIL, 2007)

Assim, pela decisão da ministra, só seriam exigíveis perante o ente público, as prestações cuja satisfação já está predeterminada na legislação infraconstitucional.

Sendo assim, faz-se necessária uma seleção de prioridades, e que envolve uma escolha política, escolha que é de responsabilidade do Poder Legislativo e não do Judiciário, uma vez que não há recursos suficientes para atender todas as exigências da população.

Carneiro (2016) entende que devem ser seguidos os seguintes parâmetros na apreciação de demandas relativas ao direito à saúde, frente a decisões que busquem o que o autor convencionou chamar “meio-termo”:

O direito fundamental social à saúde previsto no artigo 196 da Constituição constitui-se, em princípio, em um direito subjetivo a políticas públicas na área da saúde, de titularidade coletiva ou individual (1); o Poder Judiciário, na efetivação do direito à saúde, deve, em princípio, limitar-se a determinar a execução das políticas já existentes (2); o Poder Judiciário deve privilegiar o tratamento previsto pelas políticas públicas de saúde em detrimento do tratamento escolhido pelo paciente (3); nos casos em que inexistente política pública para atender determinada patologia, ou nos casos em que o tratamento dispensado pelo sistema político de saúde for ineficaz para determinado paciente, o Poder Judiciário e a própria Administração podem determinar o fornecimento de tratamento não previsto pelas políticas públicas de saúde (4); a inexistência de tratamento de saúde previsto pelas políticas públicas não pode justificar violação ao princípio da integralidade do sistema de saúde e nem justificar a diferença entre as opções acessíveis na rede pública de saúde e aquelas acessíveis na rede privada de saúde (5).

Para o autor, os acórdãos em que fica entendido que na colisão entre o direito à vida e à saúde e interesses secundários do Estado, prepondera a solução no sentido de preservação da vida, não são fixados parâmetros para demarcar o elenco das prestações judicialmente exigíveis na área da saúde, deixando-se entrever que toda e qualquer prestação pode ser reivindicada em face do Estado.

Desta forma, é oportuno analisar os efeitos –negativos - provocados por tais decisões. Na visão de Carneiro (2016), a interferência do Judiciário na gestão do sistema público de saúde pode ser qualificada como uma “intromissão”, violadora do princípio da

separação dos poderes, ao passo que o aprofundamento das iniquidades de acesso ao sistema público de saúde, como uma “injustiça”, violadora do princípio da igualdade.

Pois bem, dada a maneira como está estruturada a satisfação do direito derivado a prestações de saúde, compreende-se que por uma decisão judicial outorgando recursos de saúde com base em um direito originário a prestações, haurível imediatamente da Constituição, pode configurar uma “intromissão”. Um juiz – que não é gestor de saúde – impõe a quem é gestor o dever de fornecer ou providenciar medicamentos ou tratamentos que podem não estar nas listas do Sistema Único de Saúde. Nessa linha, a decisão judicial que determina o fornecimento de prestações de saúde não previstas nas políticas públicas elaboradas para o setor interferiria em campo de atuação do Poder Executivo, violando o princípio da separação dos poderes, consagrado no artigo 2º da Constituição.

Para Carneiro (2016), A atuação do Poder Judiciário na outorga de prestações de saúde, como direitos originários retirados diretamente da Constituição, representaria a usurpação de competências do Legislativo e do Executivo, pois aquele poder deveria limitar-se a aplicar as normas infraconstitucionais concernentes ao direito à saúde. Ao expedir uma ordem determinando a entrega de um recurso de saúde não incluído nas políticas do Sistema Único de Saúde, o juiz estaria descumprindo a própria lei orçamentária, na medida em que estaria ordenando a realização de despesas sem a respectiva provisão, em afronta aos artigos 165⁶ e 167, inciso I⁷, da Constituição.

A expedição de ordens judiciais visando à satisfação de pretensões relativas à saúde, sem a observância das políticas públicas existentes, pode vulnerar também a eficiência na gestão administrativa. Para Marcos Maselli Gouvêa, a implementação dos direitos prestacionais deve ser reservada ao administrador público, pois, ao contrário do Poder Executivo e do Poder Legislativo, o Poder Judiciário não dispõe de órgãos técnicos capazes de subsidiar decisões que envolvem problemas complexos, que geram implicações macropolíticas, sendo que este último poder, ao analisar um caso concreto “(...) tende a perder de vista possíveis implicações fáticas e políticas da sentença” (GOVÊA, 2003)

Portanto, a atividade cognitiva de um membro do Poder Judiciário que, baseada tão somente nas disposições constitucionais sobre o direito à saúde e sem levar em conta

⁶ Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

⁷ Art. 167. São vedados:

I - o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual;

o previsto nas normas infraconstitucionais, leva à emissão de uma decisão judicial outorgando prestações relativas a necessidades de saúde, pode ser vista como uma intromissão no campo reservado à atuação dos Poderes Executivo e Legislativo. Em outras palavras: a delimitação judicial do direito à saúde pode ser considerada uma afronta ao princípio da separação dos poderes e ao princípio democrático, pois se chocaria com a decisão política tomada pelos poderes Legislativo e Executivo, que já constituíram um direito derivado a prestações de saúde, tecendo a cadeia normativa regente do acesso a essas prestações e estruturando o sistema para a sua satisfação – o Sistema Único de Saúde.

No Brasil, as autoridades públicas encarregadas da gestão do sistema de saúde pertencem aos quadros do Poder Executivo, conforme se depreende do artigo 9º e seguintes da Lei 8.080/90.⁸

2.2 PODER EXECUTIVO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Percebe-se que a questão do direito à saúde está ligada à vida diária das pessoas e é de fundamental importância em todos os setores da convivência humana. Sobre isso, o Supremo Tribunal Federal já se manifestou, em inúmeras ocasiões, que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar.

O ministro do Supremo Tribunal Federal, Celso de Mello, no Recurso Especial nº 267.612 – RS, publicado no Diário da Justiça da União, em 23.08.2000, reforça a questão ao dizer que o caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas

⁸ Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 06.04.2018.

nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

Ainda, em outro julgado, do mesmo Relator, é possível encontrar a referência de que ao julgador compete proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, *caput*), em face de interesse financeiro e secundário do Estado, por razões que ele aponta como de ordem ético-jurídica. (RE nº 194.674, Rel. Min. Celso de Mello, j. 24.05.99).

Além disso, o Supremo Tribunal Federal já teve oportunidade de se manifestar sobre a responsabilidade do Estado com relação à saúde, por exemplo, quando do julgamento da AI 734.487-AgR. Naquela ocasião, a relatora, Ministra Ellen Gracie, referiu-se ao direito à saúde como uma prerrogativa constitucional indisponível, que obriga o Estado a criar condições objetivas para possibilitar o acesso aos serviços a ele relacionados, o que se operacionaliza através da implementação das respectivas políticas públicas (STF. AI 734.487-AgR, Rel Min. Ellen Gracie, Segunda Turma, DJE de 20-8-2010).

Nesse trilhar de ideias, a previsão constitucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, constante do art. 196, revela a pretensão tendente à sua universalização e, conseqüentemente, impõe ao Estado a responsabilidade pela sua implementação.

De acordo com a Constituição, o Estado deve adotar políticas sociais e econômicas e ações e serviços de saúde de “acesso universal e igualitário” (art. 196), ou seja, os serviços e as ações de saúde promovidas pelo Estado devem ser acessíveis a todos os cidadãos e estrangeiros residentes no país em condições de igualdade (SENADO FEDERAL, 2007).

Então, surge a questão: o titular do direito, já reconhecido aqui como fundamental, com base nas normas constitucionais que lhe asseguram este direito, pode exigir do poder público (e eventualmente de um particular) alguma prestação material, como determinado medicamento que lhe restabeleça a saúde, ou tratamento médico determinado, cirurgia, exame laboratorial, internação hospitalar, enfim, qualquer serviço ou benefício ligado à saúde? A Constituição Federal não refere a quais prestações está relacionado este direito; se a todas aquelas relacionadas à saúde (desde atendimento médico urgente até tratamento dentário) ou apenas àquelas ligadas às prestações

básicas e vitais. Não havendo interpretação legislativa, cabe ao Judiciário definir seu nível de abrangência, quando chamado a, tipicamente, atender determinado direito.

É nesse contexto abrangente e complexo de multidimensionalidade dos determinantes da saúde que se deve interpretar o direito à saúde. Não se trata apenas de determinar se o Estado deveria ou não fornecer determinado medicamento, cirurgia etc., mas sim se as políticas estatais são, em sua totalidade, adequadas para enfrentar os complexos determinantes da saúde da população em geral (FERRAZ; VIEIRA, 2009)

Ferraz e Vieira (2009) esclarecem que ainda que se soubesse exatamente quais políticas são eficazes para garantir o mais alto grau de saúde possível a toda a população, seria impossível implementar todas essas políticas. Isso porque, enquanto as necessidades de saúde são praticamente infinitas, os recursos para atendê-las não o são, e a saúde, apesar de ser um bem fundamental e de especial importância, não é o único bem que uma sociedade tem interesse em usufruir.

A fragilidade na regulação de saúde e os respectivos problemas de gestão, manifestados pelas deficiências na implementação das políticas existentes exigem que os tribunais continuem a desempenhar um papel na efetivação do direito à proteção da saúde.

Vasconcelos Carneiro (2016) afirma que nos últimos anos assistiu-se a um exponencial crescimento – sem precedentes na história do Judiciário Nacional – do número de ações judiciais nas quais, invocando o direito fundamental à saúde em sua dimensão subjetiva, a parte demandante requer a concessão de tutela jurisdicional que determine ao Poder Público a prestação de utilidades materiais não disponibilizadas ordinariamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Se bem examinado, nota-se ser esse fenômeno, que se convencionou chamar “judicialização das políticas públicas de saúde”, mais uma faceta ou manifestação de um grande movimento de ampliação da sindicabilidade judicial do comportamento administrativo e legiferante do Estado através do qual busca a população a satisfação de direitos lhes garantidos constitucionalmente.

Essa ampliação no número de demandas se justifica também, em parte, pelo fato de que a litigiosidade social envolvendo a temática do direito à saúde ostenta contornos larguíssimos, abrangendo pedidos de fornecimento de medicamentos não constantes nas listas de dispensação da rede pública; requerimentos para o custeio da realização, por unidades privadas, de procedimentos cirúrgicos não cobertos pelo sistema público; solicitação para a realização de tratamentos alternativos ou experimentais que se pretendem inovadores e milagrosos; pleitos para o envio de pacientes ao exterior para

serem submetidos às mais avançadas técnicas médicas desenvolvidas por universidades e centros de pesquisa estrangeiros; dentre outros inúmeros casos, os quais – seja pela multiplicidade e diversidade de enfermidades que infelizmente acometem o ser humano, seja pela rapidez com que avança a ciência médica, com o constante lançamento pela indústria farmacêutica e bioquímica de novos tratamentos, fármacos e congêneres – são virtualmente impossíveis de serem listados de forma exaustiva. (VACONCELOS CARNEIRO, 2016)

Machado (2010), em brilhante exposição de sua tese de doutorado, ajuda a esclarecer o conceito de judicialização, segundo o qual

O termo Judicialização ganhou corpo a partir da publicação do trabalho dos Norte-Americanos Tate e Vallinder (1995) para quem a judicialização envolve essencialmente tomar algo sob a forma do processo jurídico, tanto em termos de transferência das decisões sobre direitos da legislatura, do gabinete, do serviço civil para as cortes; quanto em termos da disseminação dos métodos e decisões judiciais para além da esfera judicial propriamente dita.

Nobre (2011), em referência ao doutrinador Barroso, também apresenta um conceito de judicialização, no sentido de que

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. Essa expansão da jurisdição e do discurso jurídico constitui uma mudança drástica no modo de se pensar e de se praticar o direito no mundo romano-germânico.[...] (BARROSO, 2011 *apud* NOBRE, 2011, p. 356)

Assim sendo, segundo o autor, judicializar seria uma forma de transferência para o judiciário de questões relativas à cidadania que deveriam ser tratadas pelo legislativo ou executivo.

Mais especificamente, porém, emprega-se judicialização para designar a notória generalização social do uso do vocábulo jurídico nas democracias modernas, nas quais passou a ser comum, no dia a dia das relações sociais, e fora do contexto jurídico, judicial ou não [...]. Em amplitude semelhante, o termo judicialização é usado para referir a, cada vez mais comum, ampliação dos métodos ou modelos judiciais de solução de controvérsias para resolver questões empresariais ou não, em ambiente extrajudicial, e, inclusive, no âmbito administrativo por autoridades independentes cujas decisões vinculam o próprio Estado, conforme ocorre,

no nosso país, no exercício das atividades de controle e de fiscalização das agências reguladoras. Usa-se também judicialização para designar a notória prevalência que nas décadas do século passado e nesta primeira, em vias de encerramento, do atual, o Judiciário vem ganhando na solução dos mais diversos problemas que, direta ou indiretamente, dizem respeito aos direitos fundamentais, inclusive àquelas decorrentes do desenvolvimento e da concretização de políticas públicas que objetivam assegurar a amplitude desses direitos.

Por judicialização entende-se a circunstância de que algumas questões de sensível relevância política ou social estão sendo resolvidas por órgãos jurisdicionais, em vez de pelo Legislativo e pelo Executivo, instâncias políticas tradicionais. Nas palavras de Barroso (2018),

A judicialização consiste em uma decorrência do modelo constitucional adotado no Brasil, que permite, em diversas situações, sejam extraídas diretamente dos dispositivos da Constituição determinadas pretensões, sobre as quais cabe ao Judiciário decidir. Por outro lado, o ativismo judicial consiste numa opção por um modo proativo de interpretar a Constituição, de maneira a expandir o seu sentido e alcance. É comum que se faça presente em situações de retração do Poder Legislativo ou de um afastamento entre a sociedade civil e a classe política que a representa; isso acaba por impedir que as demandas sociais sejam adequada e efetivamente atendidas.

Para Asensi e Pinheiro (2010), a progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram na década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação.

Nesse sentido, citados autores estabelecem que,

A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. Não é difícil observar em qualquer governo no Brasil a existência de ações judiciais que buscam o deferimento de pedidos sobre estes e outros assuntos. O resultado deste processo é a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde. Seja em uma pequena comarca ou no plenário do STF, cada vez mais o Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, o que o alçou a ator privilegiado e que deve ser considerado quando o assunto é política de saúde.

Aqui se chega ao ponto crucial do problema. Alguém poderia supor, a um primeiro lance de vista, que se esta diante de uma colisão de valores ou de interesses que contrapõe, de um lado, o direito a vida e a saúde e, de outro, a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. A realidade, contudo, é mais dramática. O que está em jogo, na complexa ponderação aqui analisada, é o direito a vida e a saúde de uns *versus* o direito a vida e a saúde de outros. Não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nessa questão.

A atividade judicial deve guardar parcimônia e, sobretudo, deve procurar respeitar o conjunto de opções legislativas e administrativas formuladas acerca da matéria pelos órgãos institucionais competentes. Em suma: onde não haja lei ou ação administrativa implementando a Constituição, deve o Judiciário agir. Havendo lei e atos administrativos, e não sendo devidamente cumpridos, devem os juízes e tribunais igualmente intervir. Porém, havendo lei e atos administrativos implementando a Constituição e sendo regularmente aplicados, eventual interferência judicial deve ter a marca da autocontenção.

Sobre a questão, Barcellos (2006) analisa que apesar de superadas as críticas, o fato é que nem o jurista, e muito menos o juiz, dispõem de elementos ou condições de avaliar, sobretudo em demandas individuais, a realidade da ação estatal como um todo. Preocupado com a solução dos casos concretos – o que se poderia denominar de micro-justiça –, o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas: a macro-justiça. Ou seja, ainda que fosse legítimo o controle jurisdicional das políticas públicas, o jurista não disporia do instrumental técnico ou de informação para levá-lo a cabo sem desencadear amplas distorções no sistema de políticas públicas globalmente considerado.

Porém, tão importante quanto isso é aplicar os recursos destinados à saúde de maneira adequada, isto é, eficiente e justa. Para tanto, é necessário reconhecer a escassez de recursos como fato inevitável. Ignorá-la não significa apenas um erro conceitual sem repercussões práticas significativas, implica riscos graves ao objetivo de aplicação adequada dos recursos limitados da saúde, tanto do ponto de vista da eficiência quanto do da justiça (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Numa sociedade democrática, a política social deveria se sobrepor à política econômica, os bens públicos deveriam ganhar projeção e prioridade em relação aos bens privados. Entretanto, dependendo das características que as políticas sociais assumem e da relação que se estabelece entre o Estado, a economia e a sociedade, estas políticas

se reduzem a propostas e programas emergenciais, que têm como único objetivo dar resposta às demandas imediatas de setores mais críticos da população (RIZZOTTO, 2000).

O descompasso entre as necessidades de saúde da população, sempre crescentes, e os custos para atendê-las, cada vez maiores, torna o problema da escassez de recursos ainda mais complexo e difícil e a determinação do conteúdo do direito à saúde mais delicada.

Não obstante a previsão constitucional dos princípios do acesso universal e igualitário e da integralidade da assistência à saúde, tais características não implicam uma obrigação estatal imediata de oferecimento de quaisquer prestações de saúde, sejam elas tratamentos ou medicamentos, a qualquer pessoa e em qualquer circunstância. Tal nível de tutela do direito à saúde demandaria a disponibilidade de recursos financeiros consideravelmente superiores (MOREIRA, 2015).

Em virtude do descompasso entre as normas definidoras de direitos fundamentais e a realidade vivida por uma considerável parcela da população brasileira, houve, nas últimas décadas, um processo de fortalecimento da intervenção judicial em sede de políticas públicas de saúde. Atualmente, pode-se afirmar ser a judicialização uma realidade que encontra um fértil campo de desenvolvimento no contexto contemporâneo de busca pela efetividade das normas constitucionais.

A judicialização do direito à saúde é uma realidade percebida no Brasil, especialmente nas últimas décadas, durante as quais a antiga noção acerca das normas constitucionais programáticas, dependentes da atividade intermediadora do Legislativo, foi substituída pelo reconhecimento de que não é dado interpretar os dispositivos constitucionais de maneira a restringi-los a meras promessas desprovidas de sentido prático.

Reconhece-se, ao Poder Judiciário, nas hipóteses de falhas, omissivas ou comissivas, por parte do legislador ou do administrador público, a adoção de uma postura ativa por parte do magistrado, com vistas a assegurar o cumprimento dos valores e das opções constitucionalmente consagrados.

Portanto, é possível perceber que o problema da má gestão dos recursos orçamentários aplicáveis nas ações da atenção básica está longe de ser sanado. É urgente que os planos de ação dos gestores municipais nos diversos campos de atuação em saúde sejam adequadamente pensados, acompanhados e reavaliados, como solução para a ideal prestação de serviços na realidade local.

Através de um adequado planejamento do sistema de gestão e um diagnóstico preciso da realidade local, as políticas públicas de saúde serão mais eficientes e capazes de oferecer suporte aos gestores municipais de forma a tornar a saúde de todos os cidadãos plena e duradoura.

3 DIMENSIONAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR

3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ORÇAMENTO PÚBLICO

Segundo Mazza e Mendes (2014) o processo e organização orçamentários como um todo, entre outras coisas, importa na concretização dos interesses sociais, políticos e econômicos, individuais ou coletivos. Nesse aspecto, a elaboração e previsão orçamentárias podem ser consideradas mais do que mera relação de receitas e despesas, pois se determinam as prioridades e as necessidades públicas a serem supridas ou suprimidas.

Para a presente dissertação, foram analisados os principais instrumentos orçamentários disponíveis no município, que dão o norte para as ações em saúde, com previsão, inclusive, para os gastos com os processos judiciais. Tal análise se faz necessária para auxiliar na compreensão da tomada de decisão do secretário municipal de saúde frente às demandas de alto custo.

A CF/88, em seu artigo 165 estabeleceu um sistema coordenado por três normas jurídicas: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Posteriormente, com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal, foram reforçadas as atribuições e conexões entre esses instrumentos já trazidos pela CF/88, sendo que a referida lei estabeleceu especificamente o conteúdo da LDO e obrigou a interação dos instrumentos de planejamento e orçamento – PPA, LDO e LOA.

Para Vasconcelos (2010) as leis orçamentárias são normas que condicionam o planejamento estatal como um todo, determinando despesas e receitas necessárias ao funcionamento do Estado e também a promoção de direitos que acabam por envolver as mais diversas formas de política pública.

Segundo Mendes (2003) o gasto em saúde deve estar ligado ao planejamento, como um instrumento que baliza o orçamento. Se o gasto é caracterizado por um dispêndio de recursos, representado por uma saída de recursos financeiros, esse só pode ser viabilizado se estiver em acordo com o que foi planejado e orçado. É importante assinalar que nenhum gasto deverá ser realizado sem que haja disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Para tanto, é importante que se resgate o planejamento como primeira função da gestão orçamentário-financeira.

Tecidas essas considerações iniciais, passa-se à análise dos planos que regem o

orçamento em saúde no município de Medianeira-PR, de acordo com os dados disponíveis no site da Prefeitura Municipal, no portal da transparência⁹.

3.2 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR

O Plano Municipal de Saúde de Medianeira tem como finalidade apontar os principais focos de atuação que deverão ser pautados pela administração pública municipal no quadriênio 2018/2021, contém as diretrizes, ações, indicadores e metas para esse período.

Trata-se de um estudo que foi elaborado com base na análise do perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população de Medianeira, Relatório da 11ª Conferência Municipal de Saúde, nos projetos prioritários, nas Redes de Atenção a Saúde e nas propostas do plano de governo gestão 2017 - 2020.

De acordo com as informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Medianeira, o seu conteúdo está em consonância com as políticas estadual e nacional de saúde, buscando vivenciar um novo momento de inovações, as quais deverão promover transformações na gestão, no planejamento da saúde e nos resultados sanitários.

O processo de elaboração foi apresentado e discutido na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde aos 28 de Setembro de 2017. Após discussão foram aprovadas as metas contidas no documento na reunião do Conselho Municipal de Saúde em 23 de Novembro de 2017.

3.3 PLANO PLURIANUAL MUNICIPAL (PPA)

De acordo como dados disponíveis na página virtual do município de Medianeira/PR, no Portal da Transparência, a Lei nº 670/2017 de 20 de dezembro de 2017, dispõe sobre o Plano Plurianual do Município para o quadriênio 2018/2021. Referida lei contém cinco anexos para explicitar as fontes de financiamento e o conteúdo programático do plano plurianual.

De acordo com a lei em comento, a programação constante do PPA deverá ser financiada pelos recursos oriundos do tesouro municipal, das transferências constitucionais, das operações de crédito, dos convênios, auxílios, subvenções e congêneres, firmados com órgãos estaduais e federais, bem como de parcerias firmadas

⁹ Disponível em: <http://www.medianeira.pr.gov.br/transparencia/>. Acesso em 01 nov. 2018.

com a iniciativa privada.

Através do PPA é possível conhecer os valores previstos para a execução de todas as ações ou metas do município, inclusive na secretaria de saúde, o que interessa para a presente pesquisa.

De acordo com o Plano, a gestão em saúde dispõe de um valor de aproximadamente R\$ 24.000.000,00 (vinte e quatro milhões de reais) para realizar suas ações. Deste montante, há uma previsão específica para gastos com ações judiciais, que está prevista no Plano Plurianual, atualmente de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por ano.

Como se percebe, o valor destinado ao custeio de eventuais demandas judiciais em saúde está definido em lei, o que impede, ante o princípio da legalidade, que o gestor municipal altere tal valor. Nesse sentido, na ocorrência de demandas judiciais de alta complexidade ou alto custo financeiro, é fator que reflete seriamente na atuação do secretário e, diretamente na aplicação de verbas em políticas públicas de saúde.

Em análise ao Plano Municipal de Saúde do município de Medianeira, especialmente no que diz respeito às suas diretrizes para o quadriênio 2018/2021, deve-se dar destaque à diretriz 11, que trata do fortalecimento da assistência farmacêutica, cujo objetivo é promover o acesso à população a medicamentos contemplados nas políticas públicas e ao cuidado farmacêutico.

Dentre as ações, destaca-se a que diz respeito a “Garantir a aquisição regular dos medicamentos de Demandas Judiciais, prioritariamente e em tempo oportuno para o atendimento das mesmas”, cujo indicador é a Proporção de demandas judiciais atendidas, com meta de atingimento de 100% no quadriênio. Isso significa que todas as demandas judiciais que eventualmente sejam deferidas pelo Poder Judiciário contra o município de Medianeira serão atendidas, mesmo que ultrapassem o valor destinado para essa finalidade.

3.4 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Para se discutir as ações judiciais em saúde e suas consequências frente à gestão, faz-se necessário compreender o local objeto da presente pesquisa, de maneira a situar o leitor e ajudá-lo a entender como se desenvolve a gestão municipal em saúde frente aos gastos com demandas judiciais.

Conforme se depreende da página do município disponível na rede mundial de

computadores, Medianeira é um município que teve seu nascimento planejado em 20 de Outubro de 1949, na cidade gaúcha de Bento Gonçalves, quando os fundadores da Colonizadora Industrial e Agrícola Bento Gonçalves Ltda. iniciaram os estudos para a implantação do projeto de fundação¹⁰.

Foi desmembrado de Foz do Iguaçu e elevado à autonomia de Distrito pela Lei nº 99/52 de 31/07/1952, e município pela Lei Estadual nº 4245 de 25/07/1960, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 119 de 28/07/1960.

Acerca da origem do nome, tem-se que um grupo de colonizadores gostaria de homenagear a Nossa Senhora de quem eram devotos, outros pensavam em dar um nome indígena a nova cidade, enfim chegaram ao consenso que contentou todas as partes: “MEDIANEIRA” em homenagem a Nossa Senhora Medianeira de Todas as Graças, mesmo porque Medianeira também significa “no meio” (entre) São Miguel do Iguaçu e Matelândia.

O município de Medianeira está situado na microrregião do Oeste Paranaense, a 60 km de Foz do Iguaçu e 577,30 km da capital do Estado, Curitiba. Possui uma extensão geográfica de 328,732 km² de área terrestre. Tem como limites os municípios de: Missal e Ramilândia ao norte, ao leste Matelândia, ao oeste São Miguel do Iguaçu e Itaipulândia e ao sul Serranópolis do Iguaçu. O município é cortado pela rodovia BR 277, que liga o Estado do Paraná com a tríplice fronteira (Argentina e Paraguai). Ao norte e sul, é cortado pela rodovia PR 495, que liga ao município de Missal (norte) e Serranópolis do Iguaçu (sul).

O interior do município está formado por 29 comunidades. Os bairros do município, a seu turno, perfazem um total de 12, que são subdivididos em 126 loteamentos, sendo que ainda estão em construção vários loteamentos em bairros distintos.

O clima de Medianeira é subtropical úmido, com temperatura média anual de 19°C. O mês mais quente é dezembro, com máxima pouco superior a 30°C e o mais frio, julho, com mínima próxima dos 8°C. As chuvas são abundantes durante o ano todo, não havendo a ocorrência de uma estação seca. O índice pluviométrico do município é de 1920 mm/ano, sendo o mês mais chuvoso outubro, e agosto o menos chuvoso.

3.4.1 Aspectos Demográficos

Em pesquisa realizada junto à prefeitura municipal, pode se observar que

¹⁰ Disponível em: <http://www.medianeira.pr.gov.br>

Medianeira tem uma população estimada pelo IBGE, de 45.239 habitantes, o que corresponde a 0,4% da população estimada do estado do Paraná. No município, 11% de sua população vivem na área rural (4.976 habitantes). As mulheres são 50,81% do total e os homens 49,19%. A população equivale a uma densidade demográfica de 127,21 hab/km².

Segundo uma comparação como o último e o penúltimo censo demográfico realizado pelo IBGE (de 2010 e 2000), houve uma redução na faixa etária de 0 a 14 anos (diminuição de 10,53%) e aumento expressivo acima de 20 anos, sendo que a faixa etária mais populosa, em 2010, é de 20 a 49 anos. Medianeira, como nos outros municípios, está apresentando a tendência de envelhecimento da população, tendo um aumento de 35,27% em 10 anos, na população acima de 60 anos. A população economicamente ativa, da faixa etária de 20 a 59 anos, teve um aumento de 16,38%, nestes 10 anos (Censo de IBGE, 2000 a 2010).

As transformações na estrutura etária de Medianeira são reflexos do declínio da natalidade e fecundidade, bem como da redução da mortalidade, que resultam no aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente no incremento das parcelas mais idosas da população.

3.4.2 Condições Sócio-Sanitárias

Medianeira está localizada no centro da microrregião oeste, entre Cascavel e Foz do Iguaçu, sendo depois dessas duas cidades, a maior cidade, em termos de população e de extensão.

O município está em franca expansão e abriga diversas indústrias, uma universidade federal e uma privada, assim, observa-se uma população itinerante muito grande, de diversas regiões do país e, inclusive, estrangeiros (paraguaios, argentinos, haitianos).

Pela proximidade com a fronteira, a secretaria de saúde inevitavelmente atende uma população proveniente do Paraguai, que vem somente para tratamentos médicos, principalmente obstétricos.

Também está ocorrendo um aumento da imigração haitiana. Segundo informações coletadas com o setor de auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, semanalmente aumenta o número de haitianos se cadastrando no município.

A população carcerária é pequena, pois Medianeira não possui presídio, somente

uma cadeia, onde a população é de aproximadamente 60 presos atualmente.

Um dado que deve ser mencionado é que no município existem cinco áreas de invasão, com uma população considerável, sendo a grande maioria vinda de fora do município, de diversas regiões do país

3.4.3 Aspectos Socioeconômicos e de Infraestrutura

O setor agroindustrial é a base da economia do município. Segundo o IBGE, em 2014, tinha um PIB (Produto Interno Bruto) per capita de R\$ 3.3161,92. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 64 dentre os 399 municípios do Estado do Paraná.

Em 2015, tinha 67% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em 2015, ainda segundo o IBGE, o salário mensal era de 2,4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 47,4%. Na comparação com outros municípios do estado, ocupava as posições 38 de 399 e 8 de 399, respectivamente.

O último levantamento do IDH (Índice de desenvolvimento humano), que foi realizado em 2010, colocou Medianeira em 13º Lugar no ranking do Paraná, com 0,763.

No último Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), edição 2015, Medianeira ficou na posição 8º no Estado, com a nota 0,8545, onde foi considerado como alto desenvolvimento em saúde, educação, emprego e renda.

3.4.4 Aspectos Gerais

No IBGE de 2010, foram recenseados 14.385 domicílios, destes 92% conta com água encanada, 93% com banheiro instalado, 88% de lixo coletado com cronograma estabelecido e 93% de residências com energia elétrica instalada. Em relação ao esgotamento sanitário, o município conta com 29% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 80.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 28% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 209 de 399, 266 de 399 e 211 de 399, respectivamente.

Na área da saúde o Município possui hoje 07 ESF (Estratégia Saúde da Família), 02 Unidades Básicas de Saúde (estão aguardando implantação de ESF), 01 UPA (Unidade de Pronto Atendimento), 01 CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), 01 CEO

(Centro de Especialidades Odontológicas) além do Laboratório Municipal.

O Município de Medianeira faz parte do CISI (Consórcio Intermunicipal de Saúde), para atendimento as especialidades médicas. Para transporte, conta com o SAMU, com duas ambulâncias, a USA (Unidade de Serviço Avançada) e a USB (Unidade de Saúde Básica).

3.4.5 Acesso aos Serviços de Saúde

Medianeira apresentou grandes conquistas para a saúde pública nos últimos anos, das quais pode-se destacar, entre outras, a expansão da atenção primária, com a ampliação de mais 02 (duas) Estratégia Saúde da Família nos bairros CSU e Condá e especializada ambulatorial com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, ampliação e estruturação de serviços de urgência e emergência com a implantação SAMU, a implantação de linhas de cuidado com o Programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde – APSUS, implantado pelo Governo do Estado.

Contudo, como em outras cidades do Paraná, enormes desafios se impõem para a gestão da saúde pública de Medianeira, devido à transição demográfica, com o acentuado envelhecimento da população, e a atual situação epidemiológica da cidade, havendo a necessidade de um novo modelo de atenção e a reorganização das suas redes de saúde.

Ao longo do tempo o modelo de saúde se organizou mais pelo modelo econômico vigente do que as necessidades em saúde, onde a lógica é tratar a doença e não cuidar da saúde. Daí um sistema que funciona com base nos sintomas, médico-centrado, hospitalocêntrico. Isto fica evidente quando se analisa a insuficiência de acesso a atenção primária, a situação de sobrecarga nas portas de urgência, a dificuldade de acesso a consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades e o elevado número de internações de urgência.

Estes dados demonstram fragilidade na formação de vínculo dos usuários na atenção primária, uma fragmentação da rede com a atenção isolada nos seus componentes sem a visão sistêmica e uma fragilidade das estratégias que regem a transição do cuidado no sistema de saúde municipal.

Neste contexto, a estruturação da Rede de Atenção à Saúde no Paraná e em Medianeira visa à organização do sistema dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde do usuário e da população atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo

diagnóstico, monitoramento e tratamento, incluindo também a reabilitação e cuidados paliativos, através de uma rede integrada de ações e serviços, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

3.4.6 Atenção Primária a Saúde

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a Atenção Primária de Saúde (APS) no município de Medianeira, tem se colocado como a ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde. O acesso aos serviços de saúde independente de sua complexidade deve ser assegurado, assim como respeitadas as equidades e as reais necessidades da população.

É considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamenta-se pela otimização das ações em saúde agindo sobre as causas das doenças mais prevalentes que ocorrem na população, manejando as doenças e maximizando a saúde. As Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Saúde da Família constituem-se como os serviços protagonistas da APS, tendo como fortalecedores Núcleos de Apoio a Saúde da Família e as Equipes de Matriciamento em Saúde Mental.

Por ser reconhecida como a principal porta de entrada do sistema tanto para situações agudas de menor complexidade, como para demandas programadas, com o papel ordenador do cuidado transversal na Rede de Atenção à Saúde, deve ser dispersos em quantidade e efetividade suficientes no território local, de acordo com os seus atributos: proximidade com o usuário; longitudinalidade (vínculo); integralidade; foco no usuário, na família e na comunidade.

Atualmente Medianeira possui 11 Unidades Básicas de Saúde distribuídas no município, sendo responsáveis pelo atendimento de saúde da população.

Os usuários têm acesso na Atenção Primária de forma não padronizada. Em algumas UBS o modelo de acesso existente é através das recepções dos serviços e o agendamento de consultas obedece à ordem de chegada exceto para os idosos, gestantes, crianças menores de um ano de idade e casos agudos. Nas Unidades de Saúde da Família o acesso é realizado pelo acolhimento dos profissionais de saúde.

3.4.7 Atenção Especializada Ambulatorial

A Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel de complementar a APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência

especializada.

Segundo dados colhidos junto ao Plano Municipal de Saúde de Medianeira, os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatoriais e serviços especializados e que constituem as redes de atenção convergindo com a organização de linhas de cuidado. Para os casos agudos, serve como porta de entrada os serviços de Pronto Atendimento, e, na demanda programada, como serviços de apoio especializado ambulatorial, referenciados através do Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguazu – CISI.

No município a distribuição destes serviços ocorre através do setor de Agendamento o qual regula todas as consultas e exames especializados, e também, regulam ainda, outros serviços especializados ambulatoriais que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da prestação de serviços de forma contratualizada e/ ou conveniada.

3.4.8 Assistência Hospitalar

O município de Medianeira conta com três hospitais, sendo: 01 hospital filantrópico e contratualizado pelo Governo do Estado e Município, contendo 96 leitos. Destes, 52 são utilizados pelo SUS na ordem de: 03 leitos de UTI adulto tipo I, 08 leitos de cirurgia geral, 18 leitos de clínica geral, 1 unidade de isolamento, 6 leitos de obstetrícia cirúrgica, 14 leitos de pediatria e 02 cirúrgico/diagnóstico/terapêuticos. Este possui 266 AIH's/mês. Conta ainda com 01 hospital particular credenciado ao SUS, com 33 leitos, 22 são SUS. Destes, 4 leitos de cirurgia geral, 8 leitos de clinica geral, 5 leitos de obstetrícia cirúrgica e 5 de pediatria, com 93 AIH's/mês. 01 hospital particular sem convênio SUS o qual possui 39 leitos.

3.4.9 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Além da Farmácia Básica, a qual fornece os medicamentos considerados básicos e primordiais à saúde da população, e as farmácias satélites distribuídas nas Unidades de Saúde, a Farmácia de Medianeira também conta com a Farmácia Especial, a qual fornece

medicamentos especializados, de alto custo e para tratamento de doenças específicas, definidas em protocolos clínicos do Ministério da Saúde, garantindo desta forma um amplo e racional acesso da população aos medicamentos.

3.4.10 Gestão em Saúde

A efetividade da gestão do SUS configura-se condição básica para o atendimento das necessidades de saúde da população. Orientada pelas diretrizes constitucionais da descentralização – com direção única em cada esfera de governo - do atendimento integral que o sistema deve prestar e da participação social, a gestão em saúde é um desafio que demanda permanente aperfeiçoamento tanto dos processos de organização e operação, quanto da eficiência na captação e aplicação de recursos – de diferentes naturezas – disponíveis. No conjunto desses meios e recursos, estão as questões relativas à gestão de pessoas, ao planejamento, ao financiamento, a articulação entre as esferas de governo, à participação e ao controle social e à cooperação internacional (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

3.4.11 Planejamento

O Planejamento consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais para dar conta das necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS.

O planejamento do SUS em Medianeira está voltado principalmente para o acompanhamento temático das áreas técnicas (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Vigilância em Saúde, Saúde Nutricional, Saúde Mental, Saúde Bucal e outras). Outras responsabilidades estão atreladas ao cumprimento de instrumentos normativos de planejamento, em especial o Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão, desenvolvidos pelo Departamento de Auditoria da SMS.

A partir do momento que a SMS iniciou o processo de construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 e da revisão da Programação Anual de Saúde 2017, foi diagnosticada a necessidade de ampliar o corpo profissional para atuar com estes instrumentos de gestão.

O Caderno 01 do PlanejaSUS (BRASIL, 2006) destaca responsabilidades comuns aos entes federados no planejamento, utilizando como referência o Pacto pela Saúde

(BRASIL, 2006): (I) “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”; (II) “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde”; (III) “elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”.

Para concretizar o desenvolvimento do trabalho apresentado haverá uma mudança estrutural para o Planejamento e Programação, sendo composta uma equipe centrada nas estratégias de planejamento. Além disso, mudanças na legislação relacionada ao planejamento do SUS, em especial o decreto 7508/11 e a Lei Complementar 141/12, suscitaram a necessidade do setor de planejamento integrar com o setor responsável pelo orçamento.

Para a continuidade do projeto atual de fortalecimento do planejamento do SUS em Medianeira, o município conta com a Equipe do Colegiado de Gestão, que é composto pelos coordenadores de todas as áreas (Auditoria, Farmácia, Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Agendamento, Odontologia, Secretária de Saúde, Diretora de Gestão, um representante das ESF e dois representantes do Conselho Municipal de Saúde), e a equipe de cogestão, formado pelos enfermeiros coordenadores das unidades de saúde, que colaboram com a construção do plano e avaliação.

3.4.12 Financiamento

A elaboração do PMS 2018-2021 é direcionada para convergir com a elaboração do PPA do Município, com a LOA e LDO. Assim, definidas as prioridades dentro destes instrumentos de planejamento, são identificados os recursos necessários para viabilizá-las e suas fontes de financiamento, que podem ter origem Municipal, Estadual e Federal, bem como atuar com vistas a cumprir o disposto na Lei Complementar 141/12.

Os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2018-2021 envolvem o alcance de maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis, com estratégias que visam a disseminar o conhecimento sobre essa área do SUS para toda a SMS e sua relação com o planejamento das ações em saúde. Para isso, há a necessidade de qualificar a área de captação de recursos e de elaboração de projetos para o recebimento de recursos, de forma integrada às áreas técnicas e setores com

necessidades comuns, bem como de fortalecer a estrutura da equipe de financiamento e orçamento para tais atribuições e demandas.

3.4.13 Participação e Controle Social

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequada ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

O município de Medianeira conta com um Conselho Municipal de Saúde atuante, o qual trabalha de forma integrada com a gestão, contribuindo para que o direito dos usuários seja garantido.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para a orientação e a realização desta pesquisa foram desenvolvidas as seguintes categorias de análise: a) Orçamento em saúde/escassez de recursos; b) Tomada de decisão em equipe; c) Princípio da legalidade da Administração Pública e Responsabilização do gestor; d) Interdisciplinaridade e a Teoria dos Diálogos Institucionais e e) Mediação Sanitária.

Optou-se pelo estudo de caso por se considerar um estudo mais aprofundado e exaustivo, permitindo a análise da problemática apresentada, das percepções do gestor municipal de saúde quanto às demandas judiciais.

O sujeito da pesquisa é o gestor público municipal de saúde, também chamado de secretário de saúde. Foi realizada pesquisa documental no que se refere aos aspectos relacionados ao orçamento e ao número de demandas judiciais em saúde nos últimos cinco anos (2014/2018) e entrevista pessoal com o gestor público, na qual foram aplicadas questões pré-formuladas (questionário com perguntas abertas) que permitiram obter as percepções do entrevistado acerca dos impactos da judicialização da saúde no município.

A entrevista abordou desde questões de ordem pessoal (formação acadêmica, tempo na função como secretário de saúde), de ordem técnica (leis, orçamento, financiamento em saúde) até questões de ordem subjetiva (sentimentos em relação à judicialização da saúde, meios de resolução das demandas, entre outras).

Para a análise dos resultados optou-se pela descrição qualitativa das respostas fornecidas, categorizando os principais aspectos (de acordo com a relevância de aparecimento nas respostas).

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

O sujeito da pesquisa conta com 56 anos de idade, possui formação em Administração de Empresas e pós-graduação em Gerenciamento de Unidade de Saúde.

Assumiu o atual cargo de Secretário de Saúde há 13 anos, ou seja, desempenha a função pelo terceiro mandato consecutivo do Poder Executivo. É servidor municipal

concurado há 28 anos como Assistente Administrativo, todos sempre lotado na secretaria de saúde.

Já se encontra aposentado na carreira há um ano mas mantém o vínculo com a Administração Pública na condição de função de confiança (cargo em comissão). No desempenho de seu mister é assessorado por duas diretorias, que dão suporte na tomada de decisões e colaboram no planejamento, execução e avaliação das atividades da pasta da saúde.

Referidas secretarias são conduzidas por um diretor administrativo e um diretor clínico, além de um profissional na coordenação da atenção básica e outro na coordenação da atenção em urgência e emergência.

Sua atuação enquanto gestor adota um modelo participativo e deliberativo, busca manter-se em contato com os servidores e os usuários para ouvir e traçar os planos de ação frente às principais dificuldades sentidas no dia a dia da secretaria de saúde. A jornada de trabalho é de dedicação exclusiva, estando a maior parte do tempo na unidade em que fica o gabinete de trabalho, em contato com os servidores e a população em geral.

No mesmo local onde desempenha sua função de gestão também funciona a unidade básica central, a maior do município e que atende a maior parte da população, além da unidade de agendamento, farmácia, serviço social, vigilância em saúde e auditoria. A reunião dos diversos departamentos de atenção em saúde surgiu após a necessidade de readequação dos trabalhos, como uma medida de aproximação e utilização de uma linha de atuação que guarda relação entre todos os profissionais (aspecto interdisciplinar), na busca por uma saúde pública de qualidade.

No momento da entrevista mostrou-se tranquilo e solícito às perguntas formuladas, explicando de maneira pormenorizada sua forma de trabalho e tentando esclarecer todas as dúvidas ou pontos de interesse para a presente pesquisa de acordo com aquilo que lhe era perguntado.

A partir das respostas fornecidas, foram realizadas as análises dos pontos de maior relevância através de categorias, para entender a análise do discurso e as percepções, de ordem subjetiva, do sujeito da pesquisa.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS ORDENS JUDICIAIS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - (liminares concedidas no período de 2011 a 2018).

Com base nos levantamentos realizados junto à farmácia básica do município de Medianeira-PR, foram concedidas 14 liminares em ações judiciais pelo fornecimento de medicação que não faz parte da lista fornecida pelo SUS no período compreendido entre os anos de 2011 até setembro de 2018 (data de término do levantamento de dados).

Os anos anteriores ao período acima indicado já foram arquivados, tendo em vista que perderam o objeto pelos mais variados motivos (óbito do beneficiário, mudança na terapêutica escolhida, cura da patologia, abandono do tratamento, entre outros).

Optou-se nesse momento do estudo de caso em ampliar o marco temporal inicialmente eleito para a realização da pesquisa (últimos cinco anos – 2014/2018) em função do acesso aos dados disponíveis desde 2011 e pelo pequeno número de ações, o que tornou acessível e mais ampla a análise dos dados.

Outro motivo em manter o levantamento do período do ano de 2011 em diante deu-se justamente porque ainda estão em vigor as ordens concedidas nessa época. Do total de 14 ações ajuizadas desde o início do período acima apontado, estão em vigência até o fechamento dessa pesquisa 11 liminares, conforme a tabela nº 1:

ANO	TIPO DE ORDEM	MEDICAMENTO ADQUIRIDO	MOTIVO	VIGÊNCIA DA ORDEM JUDICIAL
2011	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	ORAP* 1 MG (Risperidona 1 mg)	Paciente em tratamento psiquiátrico sem resposta ao uso da medicação disponível na rede básica (risperidona 0,5 mg)	Liminar em vigência até o presente momento.
2012	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	TEGRETOL CR 400mg	Paciente portador de distúrbio neurológico – epilepsia – sem resposta ao tratamento com tegretol 200 mg disponível na rede.	Liminar em vigência até o presente momento.
2013	Liminar em Ação Civil Pública, movida pelo Ministério Público na tutela de interesses do paciente.	REMETIC UD* 10 mg (cloridrato de oxibutinina)	Paciente portador de bexiga neurogênica, sem resposta ao medicamento disponível na rede.	Ação perdeu o objeto em 2015, quando o paciente passou a utilizar nova medicação disponível.
2013	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	PRADAXA* 110 mg de (etexilato de dabigatrana)	Indicação de médico do aparelho circulatório	Liminar em vigência até o presente momento.
2013	Liminar em Ação Civil Pública, movida	-GLAUB* colírio de (tartarato de brimonidina)	Indicação de médico oftalmologista, paciente portador de glaucoma com	Ação perdeu o objeto em 2014. Por indicação do médico

	pelo Ministério Público na tutela de interesses do paciente.	-OCUPRESS* colírio (cloridrato dorzolamida)	progressiva perda da visão	paciente suspendeu o uso do medicamento.
2014	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	CONCERTA* 36 mg (cloridrato de metilfenidato)	Paciente portador de distúrbio neuropsiquiátrico (TDA)	Liminar em vigência até o presente momento.
2014	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	HEIMER* 10 mg (cloridrato de nemantina)	Paciente portador de distúrbio neurológico (Mal de Alzheimer)	Liminar em vigência até o presente momento.
2015	TAC (Termo de Ajustamento de Conduta) promovido pelo Ministério Público	SOYA MULTIFIBER	Suplemento nutricional por indicação médica	TAC em vigência até o presente momento.
2015	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	-AVAMYS 27,5mcg spray; -RELVAR 200/25 mg pó para inalação; -SERETIDE 50/250 mcg; -SPIRIVA RESPIMAT 2,5 mcg; -DAXAS 500 mcg; -AEROLIN NEBULES Flaconetes de 2,5 mcg; -BAMBAIR 1 mg/ml; -ATACAND HCT 8/12 mg; -AUTHYROX 75 mcg.	Paciente portador de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), sem resposta ao uso da medicação disponível na rede.	Liminar em vigência até o presente momento.
2017	Liminar em Ação Civil Pública, movida pelo Ministério Público na tutela de interesses do paciente.	-FRESUBIN PROTEIN POWDER; -NUTRISON SOYA MULTIFIBER.	Paciente portador de deficiência nutricional grave, em uso de suplemento nutricional enteral.	Ação perdeu o objeto em 2018 – paciente foi a óbito.
2017	Liminar em Ação Civil Pública, movida pelo Ministério Público na tutela de interesses do paciente.	-PEDIASURE	Paciente com indicação de uso de leite especial – intolerância nutricional	Ação em vigência até o presente momento.
2017	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	-SUPRASOY SEM LACTOSE 400gr	Paciente com indicação de uso de leite especial – intolerância nutricional	Ação em vigência até o presente momento.
2017	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	-XARELTO 15 mg; -CONCOR 5 mg; -MIFLASONA 200 mcg; -MYRBETRIC 50 mg.	Paciente portador de insuficiência cardíaca, problemas cardiovasculares e hipertensão arterial sem resposta aos medicamentos disponíveis na rede.	Ação em vigência até o presente momento.

2018	Judicial (liminar em ação de obrigação de fazer)	-VERSA* 40 mg (enoxaparina sódica)	Gestante com distúrbio de coagulação, sem resposta aos medicamentos disponíveis.	Ação em vigência até o presente momento (com seguimento de uso até 6 meses após o parto).
------	--	------------------------------------	--	---

Tabela nº 1 - distribuição de ações judiciais contra o município de Medianeira/PR por ano de ocorrência, tipo de pedido, motivo e vigência da tutela judicial.

A média de ações intentadas por ano é de aproximadamente duas, com variações entre 1 até 4 ações a depender do ano em análise, conforme demonstra a tabela nº 3. Tais dados apontam para um índice relativamente baixo de procuras judiciais, considerando o número da população total do município, que, como anteriormente apontado, é de 45.239 habitantes, segundo o censo de 2010.

ANO	NÚMERO DE AÇÕES JUDICIAIS
2011	01
2012	01
2013	03
2014	02
2015	02
2016	00
2017	04
2018*	01
TOTAL	14**

Tabela nº 3 - Total de ações judiciais contra o município no período de 2011 a 2018.

*período equivalente a nove meses (jan. à set. de 2018)

** desse total estão em vigência até o momento da pesquisa 11 ações.

Por outro lado, o que chama a atenção no levantamento realizado é que a maior busca por medicamentos ou procedimentos em saúde é oriunda de pedidos/recomendações do Ministério Público da Comarca, ou seja, casos extrajudiciais preponderam em relação aos litígios judiciais. Tal instituição, que dentre várias atribuições constitucionais tem por incumbência a tutela dos interesses individuais e coletivos da população, se mostra atuante no município, intermediando o diálogo com a gestão e realizando pedidos de aquisição de medicamentos ou recomendações para a melhor assistência aos usuários do SUS.

Na pesquisa foram obtidos dados do número de pedidos ministeriais referentes aos anos de 2017 e 2018, conforme demonstrado na tabela nº 2.

PERÍODO	ATENDIDAS	NEGADAS	TOTAL
2017 (jan. à dez.)	71	11	82
2018 (jan. à set.)	33	09	42

Tabela 2 – Total de pedidos/recomendações ministeriais nos anos de 2017 e 2018.

Conforme apontado, é possível observar que as demandas extrajudiciais superam quantitativamente as judiciais. Há uma quantidade relevante de pedidos/recomendações feitas pelo Ministério Público, que giram em torno basicamente no fornecimento de medicações, procedimentos especializados e realização de exames de maior complexidade e valor econômico.

Dos pedidos feitos, a grande maioria é atendido pela gestão, o que justifica a baixa no número de ações judiciais no município. Como a demanda reprimida é baixa, acrescido tal dado ao fato de que a gestão atua preventivamente para evitar as ações judiciais, mostra-se relevante a atuação ministerial nesse aspecto, ou seja, na desjudicialização e na resolução consensual e extrajudicial dos conflitos entre usuários e o Poder Público.

No período compreendido de janeiro a dezembro de 2017, foram feitas 82 recomendações, das quais apenas 11 foram negadas pela gestão. Insta reforçar que, segundo informação colhida no setor de auditoria, 100% dos pedidos negados foram referendados para o Estado do Paraná, por não serem atribuições/competência do município.

O fato de que 86% dos pedidos foram atendidos demonstra que houve uma redução significativa por ações judiciais, melhora na atuação da gestão e, principalmente, diminuição de gastos não previstos em orçamento para aplicação em saúde.

Já no período de janeiro a setembro de 2018, há uma diminuição em praticamente metade dos pedidos ministeriais. De um total de 42 pedidos realizados no período de nove meses, 78 % foram atendidos. A prevalência do diálogo das instituições e a mediação em saúde são, possivelmente, alguns dos fatores que têm contribuído com a gestão na diminuição da judicialização em saúde.

No ano de 2018, até o momento da realização da pesquisa (setembro/2018), o município apenas havia negado 09 (nove) solicitações ministeriais, de um total de 42 recomendações/solicitações recebidas para cumprimento. Referidas negativas deram-se pelo fato de que os pedidos postulados pelos usuários não eram da competência do município, mas sim do Estado. Nesse sentido, todos foram direcionados para o setor de

agendamento, para que fosse providenciada a documentação necessária e o adequado encaminhamento administrativo junto à 9ª Regional de Saúde (Foz do Iguaçu/PR) da qual faz parte o município de Medianeira.

Percebeu-se uma significativa queda no número de solicitações do Ministério Público no ano de 2018 se comparado com 2017, em que houveram 82 pedidos. Embora haja uma diferença temporal (09 meses em 2018) ainda assim é perceptível uma diminuição na procura pelo órgão ministerial pelos usuários do SUS.

Assim sendo, é possível perceber que no município em estudo prevalecem os pedidos ministeriais em relação às demandas judiciais, se for feita uma análise quantitativa/comparativa. A pesquisa comprova que até o fechamento dos dados obtidos, no período de nove meses do ano de 2018 houveram 42 pedidos ministeriais e apenas 01 ação judicial.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS: CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DO DISCURSO

4.4.1 Primeira Categoria de Análise: Orçamento em Saúde e Escassez de Recursos.

Uma das maiores preocupações da gestão percebidas na presente pesquisa diz respeito ao orçamento municipal que é destinado à saúde e a consequente escassez de recursos frente ao aumento da demanda por consultas, exames, cirurgias e medicamentos.

No município o orçamento destinado para a saúde é de vinte e quatro milhões de reais para o ano de 2018, no entanto, *“esse valor não é suficiente. Para se ter uma ideia, nesse mês de setembro o município já extrapolou os 15% destinados à saúde do orçamento geral. Só no segundo quadrimestre nós já ultrapassamos 24% desse total”*.

A gestão atribui tamanho aumento orçamentário porque *“o município está absorvendo todas as demandas em saúde, devido ao aumento dos pacientes e de pessoas que deixaram de pagar planos de saúde. Uma das coisas que mais tem gerado despesa na saúde são as cirurgias eletivas, o Estado parou de pagar e o município teve que assumir”*.

Além disso, *“o atendimento em urgência e emergência é o que mais pesa no orçamento. Embora o foco seja a atenção básica, muitas vezes ela fica de lado porque a urgência acaba absorvendo toda a parte dos valores que deveriam ser aplicados”*.

Como se vê, no município há uma forte tendência de realocar recursos financeiros de um setor para cobrir déficit em outro. Essa é uma realidade que se repete em muitos outros locais, principalmente com a descentralização das ações dos entes estatais superiores para os municípios.

Nesse sentido, Lima (2015) defende que as demandas da população na área de saúde são crescentes, em especial quando se leva em consideração o avanço científico que resulta na produção de drogas e tratamentos mais dispendiosos e eficientes, sendo tal quadro confrontado com as limitações orçamentárias existentes para fazer frente aos anseios da população em torno das políticas de saúde pública.

Para o autor, ofertar saúde pública de cunho universal envolve custos que precisam ser devidamente considerados, a fim de que não seja criado o mito da existência de um direito absoluto que na prática não poderá ser assegurado por incapacidade financeira do Estado.

É que as ações de saúde são planejadas anualmente, com base nos recursos disponíveis. Ao se levar em consideração o orçamento vinculado à saúde, o gestor delimita quais serão as ações preventivas e curativas que poderão ser disponibilizadas de forma universal e igualitária a todos os cidadãos que vierem à delas necessitar. Ao introduzir nessa equação o casuísmo do Judiciário na apreciação de demandas individuais, o planejamento da aplicação dos recursos é prejudicado, impondo aos gestores do sistema público efetivar adaptações, mediante a supressão de medidas planejadas anteriormente, a fim de atender a ordem judicial voltada ao atendimento de um indivíduo em particular (LIMA, 2015).

A pesquisa demonstra que a gestão procura se manter vinculada ao orçamento previsto para a saúde, muito embora dificilmente consegue fechar as contas públicas dentro dos limites orçados: *“tudo depende da legalidade” (...)* *“nossa conduta deve respeitar a lei” (...)* *“se não está previsto em lei não podemos autorizar”*. Nesse sentido, fica evidente a postura do gestor através do seguinte discurso: *“esse valor não é suficiente. Para se ter uma ideia, nesse mês de setembro o município já extrapolou os 15% destinados à saúde do orçamento geral. Só no segundo quadrimestre nós já ultrapassamos 24% desse total”*.

Segundo Mânica (2007) o orçamento público, classicamente, sempre foi tido como um documento contábil que continha a previsão e a autorização das receitas e despesas, respectivamente, a serem realizadas pelo Estado; o objetivo de uma forma geral era manter o equilíbrio financeiro e evitar a expansão dos gastos. Após o surgimento do Estado de bem-estar social, esse caráter de neutralidade foi abandonado pelo orçamento público, que se tornou um instrumento da administração pública com o objetivo de auxiliar o Estado nas várias etapas do processo administrativo: programação, execução e controle. É importante frisar que a concepção moderna de orçamento está intrinsecamente relacionada à noção de políticas públicas, pois é a partir do estado social que, por meio das políticas públicas e orçamento, surge a intervenção positiva do poder público na ordem socioeconômica.

Nesse sentido, o orçamento é peça chave ao Estado. Nele restam concretizadas, em números, as escolhas políticas que pretendem a consecução da vontade popular, ao atendimento às diversas necessidades sociais, com a finalidade de promover os objetivos de uma Constituição vasta e minuciosa.

Essa busca pela efetivação dos direitos garantidos constitucionalmente e não efetivados causa alguns problemas, por exemplo, o comprometimento do orçamento

público em face das decisões judiciais na saúde e, até mesmo, a não efetivação das garantias dispostas no texto constitucional. O excesso de intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, na tentativa de se efetivarem as garantias constitucionais do direito à saúde, acaba muitas vezes impedindo a realização prática do texto constitucional. Observa-se a concessão de direitos e garantias a alguns jurisdicionados em detrimento de outros que continuam dependentes das políticas universalistas implementadas pelo Poder Executivo (MAZZA e MENDES, 2014).

Dispõe a Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000:

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte Art.77:

Art.77 – Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: (AC)

I – no caso da União: (AC)

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; (AC)

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB; (AC)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art.155 e dos recursos de que tratam os Arts.157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e (AC)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art.156 e dos recursos de que tratam os Arts 158 e 159, inciso I, alínea b e §3º (AC)”.
§1º. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento. (AC)

§2º. Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. (AC)

§3º. Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art.74 da Constituição Federal”.

§4º. Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, §3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Conforme Zagurski e Pamplona (2016) após 12 anos, em 13 de janeiro de 2012 foi regulamentada a EC 29/2000 com a edição da Lei Complementar nº 141/2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios

em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993.

Para os autores, a LC nº 141/2012 não apresentou qualquer vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a expectativa de ampliação de recursos para o setor. Municípios devem aplicar 15% de suas receitas em saúde; os Estados 12% de suas receitas tributárias e a União deve aplicar, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Percebe-se que a gestão municipal tem sofrido com relação às limitações orçamentárias vividas anualmente. Muitas vezes programas destinados à prevenção são deixados de lado para dar suporte ao atendimento de questões curativas e individualizadas, em detrimento de políticas que abarcam a coletividade.

Acerca dos pedidos judiciais envolvendo o município, a totalidade das ações nos últimos cinco anos foi para a aquisição de medicamentos. Há um valor orçado em duzentos mil reais por ano só para esse tipo de demanda. Entretanto, para a gestão, *“esse tipo de ação é alto para ser assumido pelo município”*.

A percepção é de que os entes estatais União e Estado estão financeiramente mais aptos a suprir os gastos com medicamentos de alto custo. Mesmo aqueles medicamentos que não tenham valores vultosos, ao se somar acabam onerando os cofres municipais. Nesse sentido, a gestão reforça a ideia de que mesmo os pedidos judiciais de medicamentos cujos valores são menores, ainda assim comprometem o orçamento: *“quando o medicamento não faz parte das listas do SUS e os valores são menores, geralmente o Estado não assume e acabam ficando por nossa conta. Mesmo não sendo muito alto os valores, isso compromete o orçamento. Na minha opinião esse tipo de ação é alto demais para ser assumido pelo município, porque acaba comprometendo outras demandas, que beneficiariam mais pacientes e não apenas aquele que entrou com a ação”*. (...) *“o juiz não vê o lado do município, que nem sempre tem condições de cumprir a determinação”*.

Wang *et al.* (2014) lembram que os municípios possuem, em geral, orçamentos menores e infraestrutura menos desenvolvida que estados e União. Isso foi levado em consideração pela distribuição de competências dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em regra, atribuiu aos municípios ações e serviços de saúde de baixa ou média

complexidade — a chamada “estrutura federativa do SUS”. Não obstante esse fato, é consolidado o entendimento no Judiciário brasileiro de que o paciente pode pleitear judicialmente bens e serviços de saúde a qualquer ente da federação — município, estado ou União —, independentemente da divisão de competências, das normas do SUS, ou do custo daquilo que se pede.

Portanto, estudar como a judicialização da saúde afeta os municípios é importante porque o Judiciário, ao desconsiderar a divisão organizacional federativa do SUS estabelecida na Lei no 8.080/1990 e em outras normas do SUS, pode prejudicar o planejamento da gestão da saúde pelos entes federativos, que em muitos casos acabam atuando de maneira sobreposta. Além do mais, a judicialização tende a causar um grande impacto na política de saúde dos municípios que, em regra, possuem menor capacidade para lidar com os custos e a imprevisibilidade advinda dos gastos em saúde ordenados judicialmente (WANG et al., 2014).

O comprometimento de recursos acaba por gerar prejuízos na formulação das políticas públicas, que, mesmo planejadas com antecedência acabam por sentir os impactos das transferências das verbas para outros programas, para outras necessidades, como foi possível perceber na pesquisa junto ao município.

Nesse sentido, a formulação e implementação de políticas públicas pelos Poderes Executivo e Legislativo, notadamente aquelas destinadas a garantir os chamados direitos de segunda dimensão (direitos econômicos, sociais e culturais), depende, em grande parte, de opção política e de disponibilidade orçamentária e financeira do Poder Público, o qual poderá, em tese, se eximir de implementar total ou parcialmente tais políticas em razão de falta ou insuficiência de recursos financeiros (PEREIRA, 2010).

Já em uma visão contrária, importante trazer ao debate as ideias de Zagurski e Pamplona (2016), para os quais a inobservância dos preceitos constitucionais, independentemente dos argumentos de impossibilidade financeira, deve ser repelida, sob pena de manutenção de um estado de ilegalidade e negativa de direitos aos cidadãos que necessitam da prestação gratuita dos serviços de saúde.

Para eles, há ainda que ser refutado o argumento de que há invasão, pelo Poder Judiciário, do âmbito de ação reservado ao administrador pela discricionariedade administrativa. Neste sentido, se o Judiciário determina que o poder público realize um gasto com saúde, invade uma esfera de competência que lhe é própria. Todavia, há que se perceber que essa prerrogativa não concede ao administrador a possibilidade de optar por permanecer em situação ilegal, ou seja, de não dar cumprimento à legislação

aplicável.

Conforme esclarece Cruz (2006) o setor público em diversas ocasiões é subfinanciado, contribuindo para gerar escassez de recursos financeiros e os gestores passam a utilizar isso como justificativa para a ineficiência, pela falta de recursos financeiros e pela má qualidade dos serviços. Porém, nem sempre realizam um planejamento que considera a avaliação custo/benefício e suas implicações futuras. Em muitas situações é possível melhorar sem agregar custos, o esforço está apenas em organizar.

Sobre a polêmica que se cria acerca da restrição orçamentária do Estado, importante a decisão de Tribunal de Justiça de Tocantins para ilustrar uma situação semelhante:

Ementa: AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA – INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO EM CLÍNICA PÚBLICA OU PARTICULAR – PLEITO DE ASSUNÇÃO DO ÔNUS PELO ESTADO – INVIABILIDADE DE CONCESSÃO EM SEDE DE LIMINAR – NECESSIDADE DE ANÁLISE CRITERIOSA SOBRE OS EFEITOS FINANCEIROS SUPOSTOS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – AGRAVO PROVIDO PARA DESCONSTITUIR A DECISÃO DE PRIMEIRO GRAU CONCESSIVA DA LIMINAR DE INTERNAÇÃO. - O mérito do presente recurso está em se perquirir se compete ao Estado do Tocantins providenciar a internação de pessoa dependente de substância tóxica, ainda que em estabelecimentos particulares, sob pena de multa diária e responsabilização pessoal dos gestores públicos. - É sabido que é dever do Estado atuar com efetividade para a implementação de políticas públicas sociais, especialmente para o atendimento da demanda do sistema público de saúde, o qual se encontra funcionando de forma caótica em muitas cidades do País, mas, sob este manto, não se pode permitir a ingerência do Poder Judiciário nas ações do Executivo, ainda mais por meio de decisões liminares. -De um lado, a participação do Judiciário significa a fiscalização de eventuais violações por parte do Estado na atenção à saúde. Mas, de outro, o excesso de ordens judiciais pode inviabilizar a universalidade da saúde, como um dos fundamentos do SUS. Ademais, não se pode olvidar que o Estado possui prioridades para a aplicação dos seus recursos, que estão restritos a um orçamento previamente definido e aprovado em lei. - Agravo de Instrumento a que se dá provimento para desconstituir a decisão liminar concedida pelo juiz de primeiro grau (TJ-TO - AI: 50058483620128270000, Relator: MARCO ANTHONY STEVESON VILLAS BOAS).

Como se vê, o desembargador ao relatar o processo reforça a ideia de que as limitações orçamentárias devem ser levadas em consideração nas demandas em saúde, pois as restrições estão atreladas à lei, de modo a ferir o princípio da legalidade quando um gestor excede os gastos previamente definidos.

Para a gestão municipal, “o que se tem observado na prática da gestão pública de saúde é que a opção pela judicialização passou a ser uma regra, pois a maior parte de população que tem algum benefício negado de modo geral opta por demandar em juízo, para garantir seus direitos”. Denota-se que essa percepção se alinha ao que foi argumentado acima, no sentido de que tal comportamento implica num desequilíbrio orçamentário, e, conseqüentemente, garante um benefício individual em detrimento da coletividade. Essa não é, em sua essência, a característica maior da saúde pública. Há que se pensar o coletivo de modo geral, preventivo e curativo, e não apenas o particular/individual.

Ademais, é notório que o Poder Judiciário não tem conhecimento pleno de receitas e despesas municipais, sequer das políticas públicas que são planejadas para o atendimento da população, características do Poder Executivo. Assim sendo, quando o magistrado é acionado, ele julga apenas aquele caso individual que entrou com a ação, em sua singularidade. Uma decisão que não leva em consideração as limitações orçamentárias do município, que geralmente é o que mais tem gastos com a população, pois está mais próximo ao povo em suas Unidades Básicas de Saúde, poderá causar impactos na vida de milhares de pessoas, levando em conta os recursos aplicados para atender um direito individualizado.

4.4.2 Segunda Categoria de Análise: Tomada de Decisão em Equipe

A decisão sempre determinou os rumos da humanidade, sobretudo, as decisões de natureza pública. Desde os primórdios, é intrínseco ao homem decidir, pelo quê, as decisões direcionam os rumos da humanidade (SANEMATSU, 2016).

Compreender e, principalmente, gerir um sistema de saúde que atende a aproximadamente 200 milhões de brasileiros são tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação para quem se compromete a entender como funciona esse sistema universal com todas as suas engrenagens e peculiaridades.

Para Rosa (2015), seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), é complexa.

Com 26 anos de existência, o SUS trouxe muitos avanços para a sociedade brasileira, mas ainda assim enfrenta inúmeros desafios que colocam em risco a sua

viabilidade e impedem que ele cumpra de fato o seu papel de garantia universal de saúde pública de qualidade a toda população brasileira (ROSA, 2015).

Conforme Sanematsu (2016), no âmbito público a eficiência condiciona-se a decisões administrativas que atendam ao interesse coletivo, desta feita, decisões precipitadas, incoerentes e/ou inconsequentes comprometem a qualidade do serviço público e, ainda, acarretam prejuízos financeiros e materiais.

Entende a referida autora que o processo decisório envolve uma multiplicidade de fatores, pelo quê, sua construção é altamente complexa. Ante a falta de parâmetros, muitas autoridades públicas acabam alicerçando suas escolhas em pressupostos equivocados, interpretações distorcidas, diagnósticos e projeções dissociadas do respectivo contexto ou, na pior das hipóteses, em interesses pessoais ou escusos.

Decisões falhas traduzem-se em um grave problema administrativo, ao passo que destoam da visão institucional e dificultam o alcance dos objetivos previamente estabelecidos pela organização. Já um processo de tomada de decisão coerente e efetivo redundam em efeitos positivos para o respectivo órgão/entidade e outros afins, para a clientela (receptora da prestação de serviço) e para a sociedade como um todo (SANEMATSU, 2016).

Guardalini (2012) esclarece que o processo de tomada de decisão na Administração Pública consiste em administrar a coisa pública. Tem por característica principal uma administração regida por leis que definem o processo de administrar. Neste sentido, diferencia-se da administração empresarial, em que não há uma lei dizendo o que se deve ou não fazer. Assim, o processo de tomada de decisão na Administração Pública exige cautela, sob pena de o gestor incorrer em infrações às leis vigentes, ainda que não seja de má fé.

Para Chiavenato (1994) a tomada de decisão é uma atividade complexa que envolve escolha entre alternativas, levando-se em consideração uma série de critérios que auxiliam no processo decisório, com a finalidade atingir metas. O processo decisório é complexo e depende tanto das características pessoais do tomador de decisão quanto da situação em que está envolvido e da maneira como percebe esta situação.

Como se vê, a gestão do sistema de saúde envolve um planejamento complexo. Para Lima (2015), com o orçamento disponível, os gestores avaliam quais os procedimentos voltados ao atendimento do maior número possível de pessoas poderão ser custeados dentro do exercício. Ações preventivas são delineadas. Procedimentos curativos são avaliados e, após isso, chega-se à conclusão a respeito da forma mais

adequada de investimento nas ações de saúde pública. Quando o juiz, sem conhecimento do conjunto do sistema público de saúde começa a interferir na forma de alocação dos recursos disponíveis, com a finalidade de atendimento das pretensões de um indivíduo, ele cria dificuldades gerenciais em todo o sistema, de forma que os gestores precisarão, para custear a despesa não planejada, efetivar um remanejamento de recursos, o que pode levar a implosão de todo o planejamento anteriormente delineado.

Na pesquisa realizada percebe-se que umas das grandes preocupações da gestão no que diz respeito à tomada de decisão frente às limiares ou recomendações do Ministério Público é que a decisão seja feita em equipe. Em nenhum momento a gestão toma a decisão final isoladamente. Em todas as situações em que há manifestação/recomendação do representante ministerial, *“há um trabalho em equipe (...) o município trabalha para evitar que o paciente chegue a propor a ação judicial. É feita uma avaliação pela assistente social que verifica se realmente o paciente precisa da medicação. Além disso, os médicos que trabalham no SUS avaliam o paciente para confirmar a necessidade do medicamento ou se é possível a sua substituição. Dessa forma, muitos encaminhamentos do Ministério Público são redirecionados para o Estado, isentando o município de arcar com a despesa”*.

Nessa passagem, fica evidenciada a aplicação da teoria comportamental de Chiavenato, segundo a qual não é somente o administrador quem toma as decisões. Todas as pessoas dentro de uma organização em todas as áreas de atividades, em todos os níveis hierárquicos e em todas as situações estão continuamente tomando decisões relacionadas ou não com seu trabalho. A organização é um complexo sistema de decisões (CHIAVENATO, 1994).

Segundo Rosa (2015), entender como funciona a legislação sanitária e como se dão as decisões para cumprimento de ordens judiciais é fundamental para que todos os atores envolvidos encontrem uma maneira de, juntos, garantirem dentro das possibilidades do SUS o acesso da população a ações e serviços de saúde, fazendo cumprir o que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal e nas demais leis sanitárias.

Para a autora, gestores do SUS das três esferas de gestão, juízes, promotores de justiça, procuradores, defensores públicos, organizações da sociedade civil, universidades, entre outros, têm conversado entre si na tentativa de buscarem soluções que não coloquem em risco a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

Esse é um aspecto que ficou evidenciado na presente entrevista, pois no município

de Medianeira, assim como nos demais municípios que fazem parte da 9ª Regional de Saúde/PR, observou-se que após a organização da Câmara Técnica de Demandas Judiciais que é realizada mensalmente na cidade de Foz do Iguaçu/PR (sede da 9ª Regional de Saúde/PR) houve significativa redução de ações judiciais. *“As reuniões da Câmara Técnica são feitas com a participação de promotores de justiça, juízes, médicos, secretários de saúde e outros profissionais envolvidos na judicialização de saúde que ocorre nos municípios. Deu para notar que após os debates na Câmara técnica os municípios perceberam uma diminuição considerável de demandas judiciais, principalmente pelo trabalho de conscientização que tem sido feito pelos juízes e promotores”*.

Além disso, o Membro do Ministério Público da Comarca de Medianeira realizou reuniões com os médicos que trabalham na rede municipal, para esclarecer sobre as prescrições de medicamentos que não fazem parte das listas do SUS. Para a gestão, *“após esses esclarecimentos houve redução das prescrições de medicamentos não padronizados. Essa participação do Ministério Público só ajudou o município, pois houve um entendimento diferente dos médicos na forma de prescrever os medicamentos”*.

Essa percepção é reforçada por Schulze (2015), segundo o qual a forma de pensar do gestor em saúde é diferente da forma de pensar do juiz. São culturas diferentes. Por isso a aproximação é indispensável para encontrar um ponto de equilíbrio em prol do bem comum e do cumprimento da constituição. Historicamente, os juízes entendiam que não podiam conversar com o gestor, argumentando que ele representa o interesse do ente público. Esse entendimento é equivocado, pois tanto o gestor quanto o juiz atuam para alcançar o bem comum e para auxiliar na melhoria do serviço público de saúde. O próprio Conselho Nacional de Justiça editou várias recomendações aos juízes do Brasil para que procurem se aproximar dos gestores.

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (TANAKA e TAMAKI, 2012).

Importa reforçar que a realização do direito à saúde comporta a satisfação de uma dimensão individual ou privada, que exige respeito às subjetividades, aos direitos e liberdades pessoais; e uma dimensão coletiva, que requer assegurar esse bem-estar individual a todos, a um custo aceitável para a sociedade. Na conjugação de interesses

individuais e sociais e no cumprimento dos deveres do Estado de proteção da saúde de todos e de cada indivíduo, podem ser necessárias restrições à liberdade de alguns, em prol do bem-estar coletivo ou para o alcance de um determinado bem ou interesse social. A questão central nesta conjugação é a legitimidade da norma que restringe a liberdade individual, correlacionada com a ideia do que se entende por lei justa (VENTURA et al, 2010).

Para Tanaka e Tamaki (2012), um obstáculo para uma utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde é que a sua implementação requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas. Nessas situações, que são frequentes quando se trata da saúde de pessoas e da população, somente a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode contribuir para a tomada de decisão.

A tomada de decisões pela gestão municipal é feita em conjunto com outros profissionais envolvidos nas questões relativas à judicialização. Nesse sentido *“a tomada de decisão nunca é feita isoladamente. Obrigatoriamente participam do processo de decisão para a compra ou não de determinado medicamento a farmacêutica, a assistente social, o contador e o advogado. Dessa forma há uma sensação de segurança, pois me sinto bem assessorado quando preciso de respostas para esse tipo de decisão”*.

Tanaka e Tamaki (2012) asseveram que a tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e permeada de subjetividade e incertezas.

Para Ventura *et al* (2010) a ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, e que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública.

O papel do gestor público nas demandas judiciais de assistência farmacêutica envolve o acompanhamento dos projetos de lei locais, bem como a atualização das informações relativas a novas normas federais. Tal conduta é fundamental para que a administração tenha uma ação pró-ativa, no sentido de incorporar novas demandas no seu planejamento, evitando futuras ações judiciais (Brasil, 2006; CONASS, 2007).

Desta maneira, a tomada de decisão na Administração Pública coaduna-se com a melhoria contínua da gestão pública e com a aplicação dos recursos com seriedade e transparência, devendo estar sempre alinhada às necessidades da coletividade (GUARDALINI, 2012).

Assim sendo, percebe-se que o processo de tomada de decisões demanda cautela por parte do gestor, que está exposto à ocorrência de infrações de cunho civil, administrativo e penal, mesmo quando atue imbuído de boa-fé.

4.4.3 Terceira Categoria de Análise: Princípio da Legalidade na Administração Pública e a Responsabilização do Gestor.

Uma das características marcantes observadas na pesquisa diz respeito ao Princípio da Legalidade e as possíveis responsabilizações pessoais que o gestor pode sofrer em caso de descumprimento das ordens judiciais.

Acerca dos receios advindos do descumprimento de decisões judiciais, a gestão municipal enfatiza que *“todas as decisões contra o município sempre foram atendidas, o que gera certa segurança. Embora a gente não sinta medo, sabemos que um não hoje poderá ter reflexos no futuro. Sempre pode acontecer alguma responsabilização para a gente”*.

Ainda, no mesmo sentido, há certo grau de preocupação quanto às possíveis demandas futuras: *“temo pelo futuro, de ser acionado por eventuais descumprimentos principalmente pelas dificuldades que o país vem passando, essa crise financeira, o que gera mais obrigações para os municípios que estão cada vez maiores em população e com verbas cada vez menores”*.

Tal percepção tem seu fundamento de validade calcado na premissa de que o Estado responde objetivamente pelos danos causados aos administrados, com a possibilidade de ação de regresso contra os agentes públicos causadores do ilícito. Essa é a previsão expressa no artigo 37, § 6º da Constituição Federal:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...)

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa. (BRASIL, 2018)

Além dessa previsão, o § 4º do mencionado artigo traz a possibilidade de responsabilização por atos de improbidade administrativa, nos seguintes termos:

§ 4º - Os atos de improbidade administrativa importarão a suspensão dos

direitos políticos, a perda da função pública, a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível. (BRASIL, 2018)

Ao se apreciar o artigo constitucional que trata da responsabilidade estatal em sua literalidade, seria possível concluir que a responsabilização pessoal do gestor é uma previsão e pode ser levada ao seu fim, ou seja, culminando com variadas sanções à pessoa física do gestor de saúde municipal.

No entanto, a doutrina e jurisprudência predominante são fortes no sentido de que a responsabilização pessoal do gestor não é cabível, vez que ele apenas representa o Estado, que deve responder de forma objetiva.

Por outro lado, há decisões que chegam a determinar o bloqueio de bens do gestor municipal e até a sua prisão em caso de descumprimento no fornecimento de medicamentos ou cirurgias.

Para elucidar a questão, importante mencionar a posição de Schulze (2016), em artigo relacionado à judicialização da saúde e prisão do gestor, para quem tornou-se comum encontrar decisões judiciais que decretam a prisão de gestor de saúde em razão de descumprimento de decisão judicial que determina o fornecimento de medicamentos ou a internação em Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

No entanto, esclarece o citado autor que tal hipótese não é possível porque o Superior Tribunal de Justiça - STJ entende que juiz cível não possui competência para decretar prisão por descumprimento de ordem judicial. Ou seja, segundo o STJ, somente o juiz em processo criminal poderia decretar a prisão do gestor que não cumpriu a decisão de fornecer um medicamento ou de internar um paciente.

E esclarece o autor que, além disso, o crime de desobediência, geralmente imputado ao gestor que descumpra a ordem judicial, é de menor potencial ofensivo, pois sua pena varia de quinze dias a seis meses de detenção e multa, conforme fixado no artigo 330 do Código Penal. Significa dizer que se trata de crime que permite a aplicação do rito dos Juizados Especiais previsto na Lei 9099/95, com a admissão das medidas despenalizadoras (transação e suspensão condicional do processo). Mesmo que assim não fosse, na hipótese de condenação, após o término do processo penal, observado o contraditório e a ampla defesa, também não haveria a decretação da prisão, diante da possibilidade de substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos (prestação pecuniária ou prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas). Enfim, não é possível a prisão do gestor de saúde que deixa de cumprir ordem judicial

(SHULZE, 2016).

A questão que se coloca, para além da prisão ou bloqueio de bens do gestor de saúde, é descortinar a causa para a morosidade no cumprimento das ordens emanadas dos magistrados. E essa demora pode ensejar desobediência ao comando do Poder Judiciário. No entanto, muitas vezes a demora do gestor advém do respeito à legalidade, ou seja, dos trâmites legais, licitatórios, burocrático/orçamentários para a aquisição do medicamento (que as vezes sequer é produzido no Brasil).

Como se extrai do texto constitucional, um dos princípios basilares que norteiam a atuação da Administração Pública é o Princípio da Legalidade, previsto no “caput” do artigo 37 da CF/88:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...) (BRASIL, 2018)

Assim sendo, o gestor de saúde deve pautar toda sua conduta respeitando a legalidade, sob pena de responder por ato de improbidade administrativa.

Nesse sentido, Andrade e Nogueira (2018) acentuam a origem da dificuldade em cumprir as decisões, pois devido à alta demanda de ações, é previsível que haja morosidade nas atividades administrativas, tendo em vista o caráter público e motivado dos atos da Administração Pública, pois para se adquirir medicamentos, equipamentos que componham um leito de UTI, insumos, dentre outros equipamentos médicos, é necessário um procedimento licitatório que é burocrático e não tramita na mesma celeridade do cidadão quando precisa de um atendimento médico.

E arrematam os autores no sentido de que esta relação pode justificar a mora na prestação das demandas, pois para a abertura de um processo licitatório é necessário um orçamento advindo de uma média de preços dos produtos no mercado atual, e anterior a isso, existe uma disponibilização de recursos financeiros pelo Estado que define como estes serão deliberados e repassados.

Com bem acentua Schulze (2016), muitas vezes os juízes concedem decisões em tutela de urgência - liminares e tutelas antecipadas. Mas o ponto principal é: pode um gestor cumprir uma decisão que fixa um prazo exíguo de 24, 48 ou 72 horas? Dificilmente será cumprida, especialmente quando envolve a importação de produto ou medicamento, ainda que dispensada a licitação.

Importante trazer ao debate decisão oriunda do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em que o magistrado concede liminar e adverte o secretário de saúde sobre possível responsabilização pessoal. Nesse caso o tribunal, ao rever a decisão em grau de recurso, entendeu que a advertência é possível:

Ementa: administrativa, não arredam a legitimidade solidária dos entes federativos para responder às demandas de fornecimento de medicamentos, exames ou procedimentos deduzidas pelos desprovidos de recursos financeiros indispensáveis ao seu custeio. PRAZO EXÍGUO ASSINADO PARA CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO DE FAZER, SOB PENA DE RESPONSABILIZAÇÃO PESSOAL DO GESTOR PÚBLICO. VIABILIDADE. ADVERTÊNCIA VISANDO A DAR EFETIVIDADE À TUTELA DE URGÊNCIA, SEM CUNHO SANCIONADOR. É lícito ao julgador estabelecer prazo para o cumprimento de tutela antecipatória de urgência, advertindo os agentes públicos quanto à possibilidade de responsabilização pessoal por desobediência. Decisão que se limitou a formular advertência com base na legislação, inclusive penal. AGRAVO DE INSTRUMENTO DESPROVIDO. (Agravado de Instrumento Nº 70073920530, Vigésima Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Miguel Ângelo da Silva, Julgado em 14/09/2017).

Já no Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul, prevaleceu o entendimento de que não é possível a responsabilização pessoal do gestor público, pois ele, pessoa física, não participa do processo e sim o ente público estatal.

EMENTA – AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO – PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA NÃO APRECIADA EM PRIMEIRO GRAU – MATÉRIA NÃO CONHECIDA – SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA – COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS DA TUTELA DE URGÊNCIA – DIREITO CONSTITUCIONAL E FUNDAMENTAL À SAÚDE – ARTIGO 196, DA CF, E ESTATUTO DO IDOSO (LEI FEDERAL N.º 10.741/03) – EXCLUSÃO/REDUÇÃO DA MULTA COMINATÓRIA – IMPOSSIBILIDADE – RESPONSABILIZAÇÃO PESSOAL DO SECRETÁRIO DE SAÚDE – INVIABILIDADE – DECISÃO PARCIALMENTE REFORMADA – RECURSO PARCIALMENTE CONHECIDO E, NA PARTE CONHECIDA, PARCIALMENTE PROVIDO. Não pode ser conhecida a preliminar de ilegitimidade passiva, suscitada pelo agravante, sob pena de supressão de instância, considerando que tal matéria não foi analisada em primeiro grau. A tutela de urgência poderá ser antecipada, desde que estejam presentes elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou de risco ao resultado útil do processo, conforme disposição do artigo 300, do NCPC. É possível a fixação de multa diária cominatória contra a Fazenda Pública, pois tem a natureza de compelir o ente público a cumprir o comando da decisão judicial, devendo ser mantido o valor fixado se este se demonstra razoável. A multa diária não pode ser imposta, pessoalmente, contra o Secretário de Saúde, que não participa da relação processual. (TJ-MS - AI: 14034168820178120000 MS 1403416-88.2017.8.12.0000, Relator: Des. Marcelo Câmara Rasslan, Data de Julgamento: 18/07/2017, 1ª Câmara Cível)

Com se vê, a jurisprudência é divergente quanto à possibilidade de responsabilização pessoal do gestor de saúde. Há variação nas justificativas apresentadas pelos tribunais. Dessa forma, mesmo com variadas posições dos tribunais, é de se entender a percepção do secretário de saúde quanto ao seu receio de responsabilização pessoal, ficando nítida a possibilidade a depender do caso concreto.

O respeito ao princípio da legalidade na gestão municipal por diversas vezes sobressai durante a entrevista, pois há menção de que *“tudo depende da legalidade”* (...) *“nossa conduta deve respeitar a lei”* (...) *“se não está previsto em lei não podemos autorizar”*. Segundo a gestão, *“infelizmente são escassos os recursos e muitas são as necessidades”*.

Assim, percebe-se que há entendimento e respeito ao comando derivado da Constituição Federal, qual seja, o respeito ao princípio da legalidade, sob pena de incorrer os agentes da Administração Pública nas sanções do ato de improbidade administrativa e até mesmo nos crimes tipificados na Lei de Crimes Fiscais.

Nesse aspecto, Mendes (2003) reforça o princípio da legalidade da Administração Pública no que diz respeito ao orçamento, pois a possibilidade de se efetuarem gastos em saúde sem antes haver uma relação com o seu programa é inexistente; a LRF obriga a interação dos instrumentos de planejamento e orçamento – PPA, LDO e LOA, que são leis e determinam financeiramente, através da alocação de recursos públicos, as ações prioritárias para o atendimento das demandas da sociedade.

Para Mazza e Mendes (2014), ao citar Ribeiro e Castro (2010), nota-se que, mesmo a decisão judicial sendo direcionada à concretização do direito fundamental social à saúde, ela não considera a complexidade dos critérios normativos legais e a possibilidade da execução por meio dos recursos alocados no orçamento. Dessa forma, o administrador público fica vinculado ao ordenamento orçamentário, passivo de ser punido conforme tipificado na Lei de Crimes Fiscais, caso ocorra a ordenação de despesas não previstas em lei. Poderá ser punido ainda por crime de responsabilidade fiscal (Leis nº 1.079/50 e 10.028/00), por infringir dispositivo orçamentário ao realizar despesa não prevista ou em montante superior ao previsto no orçamento.

Para eles, as decisões ou liminares judiciais podem levar o administrador público a estar entre a desobediência de uma decisão judicial e o cometimento de crime de responsabilidade ou crime contra a administração pública.

É importante mencionar ainda, que ocorrem impactos orçamentários gerados com

a realocação de recursos para que as decisões judiciais sejam cumpridas, prejudicando assim quem se beneficiaria desses recursos e também as políticas públicas da pasta saúde; e, até mesmo, de outras pastas (MAZZA e MENDES, 2014).

Assim sendo, insta lembrar que o orçamento e a saúde devem conviver em sintonia, vez que a saúde depende, entre outras coisas, de um orçamento mínimo para que se efetive. As decisões do Poder Judiciário devem trazer, necessariamente, equilíbrio e proporcionalidade todas as vezes que envolverem ações relacionadas à saúde, do individual em detrimento do coletivo.

4.4.4 Quarta Categoria de Análise: Teoria dos Diálogos Institucionais e Interdisciplinaridade em Saúde.

Quando se aborda a temática das decisões judiciais em saúde, nas quais predominam as liminares proferidas pelos magistrados sem oitiva da parte contrária (o ente público), uma das principais angústias experimentadas pelos gestores municipais é justamente a impossibilidade de manifestação prévia, para demonstrar as carências financeiras do órgão público ou até mesmo as dificuldades técnicas para realização dos procedimentos licitatórios para a aquisição de determinado medicamento, geralmente de alto custo.

Nesse sentido, fica notória a percepção da gestão de saúde no município acerca das demandas de alto custo que o município não tem condições de assumir. Para a gestão, *“há uma sensação de impotência sem tamanho, porque recebemos o pedido do paciente e temos que resolver rápido, sob pena de uma multa caso não seja cumprida a decisão. Eu acho que esse tipo de decisão não deveria ocorrer sem antes o magistrado conhecer a situação, ouvir a secretaria de saúde e pedir uma avaliação de cada caso, para que a secretaria pudesse ver de que forma poderia ajudar a pessoa sem antes impor a multa”* (...) *“Porque ele (o juiz) ouve só um lado, só escuta o que o paciente vai reclamar, que não teve isso ou não teve aquilo. Não vê o lado do município, que nem sempre tem condições de cumprir com a determinação”*.

Nesse sentido, Schulze (2015) propõe que não pode existir a condenação judicial com base em mero atestado ou requisição médica. Para o autor, essa é a grande realidade vivenciada nos municípios, pois em todas as decisões são proferidas liminares

“*inaudita altera pars*”¹¹, única e exclusivamente com base em prescrições médicas que se limitam a dizer que o medicamento disponível na rede do SUS não surte os efeitos desejados no tratamento do paciente.

Corroborando a percepção levantada na entrevista, o autor destaca que diante do elevado número de processos judiciais em matéria de saúde, é inegável que os gestores tenham um papel importante de auxílio aos juízes do Brasil.

Essa é a ideia que se exterioriza na pesquisa, pois para a gestão as decisões deveriam ser orientadas a partir de um diálogo, uma aproximação entre o magistrado (ente judicial) e o secretário (ente executivo).

Nesse sentido, Schulze (2015) propõe uma aproximação entre os atores do sistema de saúde e do sistema de Justiça. É o que se convencionou chamar Teoria dos Diálogos Institucionais ou Constitucionais. Segundo o autor, o modelo inaugurado com a Constituição de 1988 tem conduzido ao entendimento de que cabe ao Poder Judiciário o papel de dizer a última palavra sobre todos os conflitos de interesse. Isso exige, portanto, uma maior participação do gestor público no debate do processo judicial. Fomenta-se, assim, uma contínua e permanente conversa entre o magistrado e o gestor de saúde pública.

Para o autor, várias são as vantagens da teoria dos diálogos institucionais, quais sejam, o fortalecimento das instituições, o comprometimento dos atores, mediante realização de rodadas procedimentais, a decisão debatida dialogicamente tem efeitos de longo prazo, a ampliação do número de pessoas beneficiadas pela decisão, prestigiando a maioria, além de que o diálogo evita imposição unilateral (autoritarismo judicial).

Para Clève e Lorenzetto (2015), a busca por soluções de casos complexos, os quais demandam respostas institucionais elaboradas, precisa ser estabelecida de modo dialógico, como uma conversa contínua entre as partes envolvidas na sua confecção e na sua fiscalização posterior.

Os autores apontam que a proposta por diálogos tem seu início teórico na separação das atividades pertinentes a cada ramo do Poder. Sob influência dessa ideia, a cisão clássica entre direito e política foi articulada da seguinte maneira: a esfera política seria determinada pela soberania popular e pelo princípio majoritário, enquanto a esfera jurídica seria determinada pela ideia de *rule of law* (primado da lei) e pela observância aos direitos fundamentais.

Conforme Clève e Lorenzetto (2015), em substituição a uma leitura tradicional da

¹¹ OBS: Do latim “*inaudita altera pars*” – Sem ouvir a outra parte.

separação dos poderes, a prática dos diálogos institucionais procura evidenciar pelo menos dois aspectos a respeito da formulação de decisões de casos controvertidos. Primeiro, as decisões, tomadas em qualquer um dos poderes, passam a ter um caráter parcialmente definitivo, pois, podem ser contestadas em outras instâncias públicas. Segundo, cada espaço de poder possui características que o potencializam ou o inibem para a realização de tomada de decisões. Isso reafirma a necessidade de canais de diálogo entre as instituições, pois, uma pode ter melhores condições que outra para lidar com o caso concreto em apreço.

A Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça é específica ao orientar os juízes do Brasil a ouvir, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência. Para Schulze (2015), esta medida é importante para evitar decisões açodadas e para permitir que o demandado tenha ciência prévia da lide instaurada. E segue o autor no sentido de que é inegável que a oitiva prévia auxilia o magistrado na prolação da decisão mais adequada. As discussões sobre vaga em leito hospitalar, internação compulsória, concessão de medicamentos excepcionais podem ser mais completas se for permitida a manifestação do gestor em 24, 48 ou 72 horas e previamente à prolação da decisão em sede de tutela de urgência.

É permitido inclusive que o magistrado faça contato mediante e-mail ou por telefone, a fim de que o gestor de saúde esclareça e apresente detalhes sobre a questão judicial. O inverso também é verdadeiro, cabendo ao gestor procurar o magistrado ou sua assessoria para auxiliar no esclarecimento dos fatos. Ou seja, a teoria dos diálogos institucionais existe para permitir a aproximação entre o gestor de saúde e o magistrado, com o fim de contribuir para a melhoria da prestação jurisdicional e também o funcionamento da saúde pública (SCHULZE, 2015)

No município em estudo, a gestão necessitou dialogar diretamente com o magistrado local, na oportunidade em que fora proferida uma liminar que sozinha ultrapassava o orçamento previsto para um ano em ações judiciais no município, valor esse que seria utilizado com um único paciente. Nessa oportunidade, o gestor, a farmacêutica e o auditor de procedimentos em saúde agendaram uma conversa com o magistrado para discutir a liminar e esclarecer a impossibilidade em seu cumprimento, ao final requerendo que fosse revogada a decisão e chamado a integrar a lide processual o Estado e a União, entes que possuem mais aporte financeiro e condições de cumprir com esse tipo de pedido.

Nesse caso, restou demonstrado pela gestão que apenas uma decisão contra o

município abrangeria o custo de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) para um único paciente ao mês.

“Nesse ano tivemos uma decisão liminar em que um único paciente receberia o valor de R\$ 60.000,00 por mês. Nosso orçamento total para um ano é de R\$ 200.000,00. Em apenas três meses o município esgotaria o orçamento previsto na LDO e no PPA com uma só pessoa”.

Restou demonstrada nitidamente a aplicação da teoria dos diálogos institucionais no município: *“Depois de conversar com o juiz, ele mudou a decisão e passou o caso para o Estado. Isso só foi possível graças ao diálogo”.*

Segundo Lopes Pereira (2015), citando Bateup (2006), a teoria dos diálogos institucionais defende em suma que o Judiciário não pode, sob o ponto de vista empírico e, não deve, sob o ponto de vista normativo, deter o monopólio da interpretação constitucional, ensejando, ao menos em tese, que a decisão final deve ser construída com a participação dos demais atores, além do Judiciário, de modo a angariar representatividade e, sobretudo, legitimidade.

Schulze (2016) propõe que não é adequado para o sistema de saúde e para o sistema de Justiça a manutenção deste modelo autoritário e unilateral, em que a decisão não é cumprida por impossibilidade fática - os romanos já diziam que ninguém é obrigado ao impossível ou *ad impossibilia nemo tenetur* - porque o ocupante do leito de UTI não pode ser substituído por outra pessoa em situação menos pior ou porque o medicamento não está disponível no mercado nacional. Muitas vezes uma visita do magistrado ao local (hospital, dispensário de medicamentos) e o emprego do diálogo podem ser muito mais eficientes do que o uso da força decorrente da decisão judicial.

E arremata o citado autor no sentido de que a sociedade precisa de profissionais empenhados na melhoria do sistema de saúde - público e privado - e a ampliação de animosidades entre os diversos atores certamente vai agravar as dificuldades já enfrentadas.

No mesmo sentido, Pereira (2015) leciona que o diálogo encontra diversas facetas e formas de incorporação ao sistema democrático. O que definitivamente não pode ocorrer é um esvaziamento das demais instituições, fazendo do Judiciário um novo poder moderador, ilimitado, como já o fora, em terra *brasilis*. Assim, o diálogo, independentemente da via escolhida, deve continuar além do judiciário. Não deve encontrar um fim, especificamente, em nenhum dos poderes, mas ao contrário, deve ser criado de forma conjunta, cooperativa, a partir do diálogo, seja pela via institucional, seja

pela via social e, quando possível, por ambas.

E segue o referido autor, em menção a Fábio Corrêa Souza de Oliveira (2007), que o mais importante não é quem dará a palavra final, mas sim, e o mais importante, será como chegaremos a esta conclusão. Que meios utilizaremos para o debate. A indagação, portanto, passa a ser outra: a sociedade e as instituições criarão de forma dialógica esta decisão? Haverá a participação de outros atores nesta “elaboração”, fora o Judiciário? Se a resposta for afirmativa, o fato da palavra final partir de um ou outro poder não terá grandes repercussões malélicas ao nosso sistema democrático, pois nos afastaremos, nesta ocasião, da arbitrariedade e subjetividade solipsista.

Os diálogos institucionais e sociais são, portanto, uma forma de se evitar essa estreita e solitária função de decidir de um único Poder.

4.4.5 Quinta Categoria de Análise: Mediação Sanitária

Passados 30 anos da promulgação da Constituição Federal que passou a ver a saúde como um direito social fundamental, a busca por resoluções na esfera judicial ainda é uma regra, principalmente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos. Mesmo com todos os avanços alcançados no amplo espectro de políticas públicas para a solução dos problemas de saúde da população, a busca pela justiça através de ações judiciais individuais ainda é largamente utilizada pelos cidadãos na busca da garantia e concretização de seus direitos.

Nesse sentido, a proposta por soluções alternativas de resolução de conflitos em saúde, ou seja, a utilização de vias extrajudiciais vem surgindo com forte entusiasmo entre magistrados e gestores públicos, como um meio de evitar litígios e diminuir os custos com o acesso ao Judiciário.

Essa é uma percepção que ficou nítida na presente pesquisa, tendo em vista a importância dada pelos gestores municipais pertencentes à 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu sobre as reuniões realizadas nas Câmaras de Judicialização em saúde. Referidas reuniões são promovidas por representantes do Ministério Público, Poder Judiciário e Secretarias de saúde do Estado e dos municípios, para o debate e orientação na condução e prevenção de processos judiciais em saúde.

Para a gestão, *“após o início das reuniões dessa Câmara Técnica em Foz do Iguaçu, os municípios perceberam uma diminuição das demandas judiciais,*

principalmente pelo trabalho de conscientização e esclarecimento que tem sido feito junto aos juízes e promotores”.

Além disso, *“depois da reunião que aconteceu com a Promotora de Justiça de Medianeira e os médicos que trabalham na secretaria de saúde, sobre os pedidos de medicamentos que não fazem parte das listas do SUS, houve uma diminuição dos pedidos e das ações judiciais”.* Para o gestor, *“essa participação do Ministério Público só ajudou o município, pois houve um entendimento diferente dos médicos na forma de prescrever os medicamentos”.* (...) *“eu acredito que antes de entrar com a ação o ministério público deveria chamar a secretaria, junto com o paciente e conversar sobre a real necessidade do medicamento ou sobre alguma alternativa para nós”.*

Vê-se, com isso, que uma solução que se coloca é a introdução da mediação sanitária, ou criação de Câmaras de Mediação em Saúde, como formas alternativas de redução de conflitos e diminuição da litigiosidade em saúde.

Como bem apontado por Silva e Schulman (2017), já é passada a hora de pensar em mecanismos criativos que dimensionem coerentemente o acesso à saúde e a proteção do público, para além do Judiciário, por meio de instrumentos de desjudicialização que harmonizem interesses individuais e coletivos, resguardando o erário, o acesso e a necessária velocidade nos cuidados com a saúde.

Em semelhante pensamento, Oliveira *et al* (2016), para os quais diante da enorme lacuna existente entre o exercício do direito à saúde e os meios que não são disponibilizados adequadamente pelo Estado, a judicialização da saúde ocorre em todo país provocando crise no judiciário que por si só já não se faz suficiente para atender a larga demanda que não para de crescer e não solucionando os conflitos com a celeridade e eficiência que se exige no âmbito da saúde, urge a necessidade de meios eficientes para a solução de conflitos também de ordem social.

Para os referidos autores, a mediação é um meio extrajudicial de resolução de conflitos, no qual um terceiro é chamado para encaminhar as partes para chegarem a uma solução ou acordo, é um método alternativo de solução de conflitos, uma forma de exercício de cidadania e efetividade ao acesso à justiça.

Para Silva e Schulman (2017), na esfera extrajudicial, com a criação de câmaras de mediação e procedimentos, o tema será tratado de forma multidisciplinar pelas mais diversas instâncias que geram o SUS, com a possível participação do Ministério Público. A interinstitucionalização dos procedimentos, em relação à solução consensual (extrajudicial) dos conflitos, dará maior segurança aos entes públicos e facilitará o acesso

à saúde pela população. Para tanto, será necessária boa vontade e cooperação entre os envolvidos.

Nesse sentido, é possível perceber que o critério da interdisciplinaridade se faz presente como uma forma de auxílio na resolução dos litígios em saúde, o que fortalece as políticas públicas em saúde e principalmente fortalece o papel do gestor na condução dos programas e busca por soluções aos problemas que surgem no contexto da direção em saúde, principalmente em nível municipal.

É ainda possível perceber que a mediação em saúde surge como uma ferramenta de apoio à teoria dos diálogos institucionais, como forma de reforço àquilo que se pretende trazer na condução dos litígios em saúde, conforme abordado nessa dissertação.

Não é possível separar mediação sanitária e diálogos institucionais, muito embora sejam situações e contextos que possuem suas peculiaridades próprias, ou seja, não devem ser tratados como sinônimos.

A mediação sanitária desponta como instrumento de resolução de conflitos, em resposta ao cidadão que almeja de forma célere a efetivação do seu direito à saúde. Através do diálogo as partes conhecem as razões, os limites e buscam encontrar a solução de suas demandas no próprio Sistema, ocorrendo assim a desjudicialização da saúde (OLIVEIRA et al, 2016).

Logo, se os ramos do poder estiverem abertos para escutar e aprender com perspectivas diferentes das suas, pode-se esperar que melhores respostas serão formuladas para os problemas referentes ao sentido constitucional em disputa. As considerações sobre os lugares institucionais ocupados por cada um dos Poderes não podem mais ser utilizadas como sinônimo de fronteiras intransponíveis. Como alternativa, encaminha-se para considerar o diálogo intra e interinstitucional (CLÈVE e LORENZETTO, 2015).

Para Clève e Lorenzetto (2015), a concepção de que o Judiciário deve possuir a palavra final para a resolução dos conflitos precisa ser mitigada. O Judiciário pode vir a ser o lócus final de um conflito, mas, não necessariamente. A alternativa que considera a importância da manutenção das instituições, sem que isso signifique um conservadorismo autorreferenciado, precisa ser complementada pela abertura de tais instituições para aportes epistêmicos provenientes dos outros Poderes e das partes atingidas pelas decisões.

Dessa forma, possível concluir que as fronteiras entre o direito e a política se

atenuaram com a possibilidade da submissão de questões políticas para o judiciário. (...) A judicialização da política indica que outros caminhos podem ser buscados pelas partes que demandam seus direitos para além da relação tradicional de representantes e representados. Trata-se de um sinal de amadurecimento das instituições democráticas, que passam a admitir desacordos entre os cidadãos e os traduzem nos termos institucionais adequados para abordar a questão (CLÈVE e LORENZETTO, 2015).

Mostra-se viável a adoção, por parte da gestão de saúde, das técnicas de mediação sanitária como meios de resolução de conflitos, vez que esse mostra-se como um dos caminhos alternativos que podem ser úteis no futuro da Administração Pública, a fim de diminuir os litígios em saúde e beneficiar os dois polos da relação jurídica, quais sejam, o ente público e o usuário do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática apresentada na presente dissertação buscou identificar as percepções, aqui entendidas enquanto sentimento, modo de ver ou vivenciar um determinado fato, do gestor público de saúde da esfera municipal frente ao fenômeno da judicialização da saúde.

Para o alcance dos objetivos inicialmente propostos, foi realizado um estudo aprofundado da produção científica existente sobre a temática. Nesse sentido, foi possível dar sustentação por meio de referencial teórico à análise do discurso apresentada na pesquisa de campo.

O tema que se propôs estudar é vasto e polêmico, com diferentes correntes doutrinárias que se debruçam nas decisões diariamente proferidas por magistrados brasileiros, procurando entender as diferentes soluções dadas aos casos em concreto que buscam tutela ao direito à saúde.

Como se observa, não é possível dissertar acerca de temática tão vasta e contraditória, e também de profundo significado nos dias atuais, sem se descurar dos primados traçados pelo legislador constituinte quando da elaboração da Constituição Federal de 1988. Nessa norma basilar de todo o ordenamento jurídico a saúde foi elevada a direito fundamental social, conforme previsão dos artigos 6º, caput, e 196 e seguintes.

A partir da Constituição Federal os direitos relativos à saúde foram garantidos a todos os brasileiros, de forma que devem ser levados em primazia frente a tantos outros direitos existentes.

Com isso, a partir de uma repartição de competências, a saúde passou a ser exigida de todos os entes federativos, de forma solidária, para que todas as pessoas pudessem gozar da mais plena e digna saúde, aqui não entendida apenas como mera ausência de doenças, mas como um completo estado de bem estar físico, social e psicológico.

No entanto, para que o Estado, como provedor do direito social à saúde consiga levar a todos a extensão de seu conceito, segundo ditames constitucionais e infralegais, é necessário que sejam adequadamente previstas políticas públicas que abranjam toda a coletividade, reservando-se aos casos particulares apenas as questões que guardem uma peculiaridade ao indivíduo. A supremacia do interesse público deve prevalecer sobre o interesse privado. Essa é uma máxima do Direito Administrativo, funcionando como um supra princípio que deve reger o atuar do ente executivo.

Porém, a falta de planejamento e adequada elaboração de políticas públicas leva a um quadro de difícil solução para as pessoas que requerem atendimento em saúde. Muitas vezes o Estado, por falta de uma política adequada e aplicação correta do orçamento deixa de atender as mais básicas necessidades humanas, levando milhares de pessoas às filas de postos de saúde que não têm as mínimas condições de resolver os casos que se apresentam.

Nesse momento, surgem as demandas judiciais, buscando proteção jurídica para que sejam asseguradas as prestações em saúde que o ente público deixou de atender.

A partir do texto constitucional, que passou a prever a saúde com um direito de todos, e que deve ser assegurado pelo poder Público, milhares de ações judiciais foram propostas por indivíduos buscando principalmente prestações de medicamentos de alto custo, procedimentos complexos, cirurgias e leitos hospitalares, entre outros benefícios necessários a manutenção digna da vida.

O fenômeno aqui descrito teve seu início nos primórdios dos anos 90, logo após o advento dos medicamentos antirretrovirais, que possibilitaram a esperança de centenas de milhares de pessoas portadoras do vírus HIV. E as demandas se espalharam pelo Brasil nessas últimas décadas, agora buscando as mais variadas prestações, sempre na esteira da obrigatoriedade do Poder Público tutelar o direito à saúde da população.

Ocorre que muitas decisões liminares fogem das possibilidades dos gestores públicos em dar efetivo cumprimento, seja por dificuldades técnicas de implementação daquilo que se pediu, seja por limitações orçamentárias, principalmente na órbita dos municípios, pois esses são os entes federativos mais próximos da população e que menos recursos financeiros possuem.

Nessa esteira, gestores municipais de saúde se veem em situações complexas, gerando forte sensação de impotência para resolver os pedidos judiciais e tensões de ordem moral e política, com possibilidade inclusive de responsabilizações nas esferas civil, penal e administrativa por descumprimento das eventuais liminares concedidas pelos juízes.

Como exaustivamente demonstrado nessa dissertação, a concreta efetivação do direito à saúde abarca muitos segmentos da Administração. Vão desde planejamento adequado das políticas preventivas, para que a população goze de saúde e não necessite demandar em juízo, até o aporte financeiro adequado para suprir as inúmeras necessidades que só tendem a crescer. À medida que a população cresce, suas necessidades também crescem e nem sempre nessa mesma proporção ocorre a

arrecadação dos cofres públicos.

Uma das marcantes passagens dessa pesquisa conseguiu demonstrar que muitas são as causas da judicialização e muitos são os atores sociais que nela estão envolvidos. Nessa esteira, buscou-se compreender o fenômeno e como os gestores o percebem, para que processo de tomada decisão em saúde paute-se por algumas linhas mestras no atuar do gestor público.

De início, deve ele atuar na estrita legalidade, afinal esse é o princípio que norteia, junto com outros não menos importantes, a atuação da Administração Pública. O respeito à legalidade está expresso na Constituição Federal, em seu título que trata da Administração Pública. Significa dizer que quando o gestor assume esse nobre encargo, qual seja, dirigir a pasta da saúde em um município, sua conduta deve estar sempre afinada ao respeito à lei, sem margem à discricionariedade ilimitada e desregrada, muitas vezes confundida e até utilizada como arbitrariedade.

É dizer, se existe um protocolo a ser seguido, uma lista a ser respeitada, um orçamento a ser aplicado, não há falar-se em distribuição desigual de benefícios no campo da saúde pública.

Na mesma linha de pensamento, a conduta do gestor público deverá sempre ser tomada com base em ouvir outros agentes públicos, assessorado por profissionais técnicos que podem apresentar as mais variadas soluções aos casos que lhes chegam. Isso porque nem sempre o gestor público, que detém um cargo político, é, necessariamente, um *expert* na área. É o que se viu nessa dissertação. Embora há muitos anos no comando da pasta da saúde, o secretário de saúde do município estudado não possui formação técnica em saúde. Sua tomada de decisão busca ser apoiada pela oitiva de outros profissionais para evitar decisões equivocadas.

Além disso, restou sobejamente demonstrado na pesquisa que o diálogo dos diversos atores/instituições envolvidas no fenômeno da judicialização deve prevalecer. Em diversas passagens as experiências do gestor público municipal demonstraram que muitas lides foram resolvidas após contatos formulados entre a gestão e o ministério público ou o magistrado.

Como tem demonstrado o pensamento contemporâneo sobre a atuação em juízo, nas ações que vislumbram procedimentos de alto custo para os entes federados, muitos juízes têm buscado ouvir previamente os gestores antes de proferir uma decisão. As liminares *inaudita altera pars* têm gradualmente dado lugar ao diálogo, à oitiva prévia do demandado para que decisões penosas ao ente público não sejam deferidas de plano,

colocando em risco o orçamento que poderia ser melhor utilizado para o bem de todos.

Para isso magistrados estão se utilizando de Núcleos de Apoio Técnico onde eles estão instalados, ou, nos casos em que não existe essa possibilidade, em contato direto com os municípios, na figura de seus secretários ou assessores jurídicos, buscando alternativas viáveis à solução das ações.

Merece destaque o surgimento com força e com grande capacidade de diminuir os processos judiciais em saúde a utilização da mediação sanitária, como forma alternativa, ou seja, como meio extrajudicial de resolução de conflitos.

Nessas situações, são chamados a alcançar uma solução adequada todos os envolvidos: as partes (autor e réu), seus procuradores, o ministério público e os magistrados. A partir do consenso muitas soluções são obtidas, reduzindo-se o volume de processos judiciais e os gastos desnecessários e às vezes equivocados com ações de saúde.

Como se observa, a prática tem revelado que o fenômeno da judicialização, embora ainda prevalecente no país, tende a dar lugar a outras possibilidades, sem descuidar o mínimo existencial ao ser humano, em sua perspectiva de saúde e dignidade.

A pesquisa que ora se finda demonstrou que a ciência é capaz de operar verdadeiras mudanças na forma de pensar do ser humano, possibilitando seu crescimento e amadurecimento.

Quando se apresentou uma proposta ao projeto de pesquisa, a ideia era outra, carregada de subjetivismos e percepções pessoais do autor, pela sua trajetória de quase 20 anos em saúde pública e pela proximidade com as inúmeras demandas que traziam dificuldades no atuar do gestor público.

No entanto, após a análise de diversas obras e textos científicos de autores que se debruçaram sobre o tema da judicialização, foi possível perceber o que realmente a pesquisa buscava. A partir daí adotou-se uma posição de imparcialidade, não neutralidade. O entender das percepções do gestor público passou a ser uma forma de compreender melhor como atuar na gestão da máquina pública, com todos os seus significados, de forma interdisciplinar, participativa, objetiva e, principalmente humana.

A partir dos modos de pensar e atuar do gestor público foi possível compreender melhor o fenômeno da judicialização, que por si só não é um evento negativo. Ele traz consigo muitos aspectos positivos, haja vista que em muitas situações é a única alternativa que resta ao usuário do SUS. Além disso, ele provoca o Poder Executivo e Legislativo a atuar em políticas públicas em prol do cidadão, sem que isso implique

necessariamente uma invasão de competência, mantendo as distintas atribuições dos poderes constituintes de forma harmônica e independente.

As ideias aqui levantadas e debatidas se colocam como uma pequena semente, sem a pretensão de encontrar soluções prontas e acabadas para os diversos problemas que surgem no dia a dia da gestão em saúde. Mas despontam com uma perspectiva de mudança de pensamento, de compreensão do fenômeno da judicialização e, conseqüentemente, mudança de comportamento para todos aqueles operadores da máquina pública que se incumbem de assumir essa nobre função pública que é a gestão da saúde.

REFERÊNCIAS

ASENSI, Felipe D., PINHEIRO, Roseni. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência.** Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BARCELOS, A. P. **Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático.** Revista de direito do Estado, pgs. 3-32, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. **Retrospectiva 2008 – Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.** Revista Eletrônica de Direito do Estado (REDE). Salvador: Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 18, abril/maio/junho 2009. PP. 2-5. Disponível em: www.direitodoestado.com.br/rede.asp. Acesso em 12 junho de 2017.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a Atuação Judicial.** In: SOUZA NETO, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (coord.). Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p. 884-885.

BOBBIO, Norberto, 1909. **A teoria das formas de governo,** Tradução de Sérgio Bath, 10 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

BOBBIO, Norberto, 1909. **Dicionário de política /** Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1 la ed., 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRAVO, Maria Inês S. PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política social e democracia.** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CARDOSO, Camila Daros. **Ações de concessão judicial de medicamentos.** Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2464, 31 mar. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14609>>. Acesso em: 23 de agosto de 2016.

CAREGNATO, Rita C. A, MUTTI, Regina. **Pequisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17. Acesso em 19 de novembro 2018.

CARNEIRO, Bernardo Lima Vasconcelos. **A efetivação jurisdicional do direito à saúde: para uma análise da temática sob uma ótica tópica e concretista.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

CARNEIRO, João Paulo de Souza. **Delimitação judicial do direito à saúde: um exercício de aplicação do modelo de direitos fundamentais de Robert Alexy.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

CECÍLIO, L. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/84>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Makron Books, 1993.

CLÈVE, Clèmerson Merlin; LORENZETTO, Bruno Meneses. **Diálogos institucionais: estrutura e legitimidade**. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 2, n. 3, p. 183-206, set./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/44534>. Acesso em 21 de set. 2018.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007, 186 p.

CONSENSUS, Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos?** Ano IV, número 14, jan/fev/mar 2015. Disponível em: www.conass.org.br/consensus. Acesso em 07 de nov. 2018.

DALLARI, Dalmo de A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 32 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

FERRAZ, O. L. M; VIEIRA, F. S. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante**. Rio de Janeiro, Dados vol. 52, n° 1, Mar. 2009, in NEWDICK, Christopher. (2005), Who Should We Treat? Rights, Rationing, and Resources in the NHS. Oxford, Oxford University Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582009000100007>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

GIL, Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Atlas: 2010.

GONTIJO, G. D. **A judicialização do direito à saúde**. RMMG, Vol. 20, n° 4, 2010. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/323>. Acesso em: 13 de maio de 2017.

GOUVÊA, Marcos Maselli. **O Controle Judicial das Omissões Administrativas**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2003.

GUARDALINI, Daniel. **As tomadas de decisões na Administração Pública. 2012**. Disponível em: <http://danielguardalini.blogspot.com/2012/04/as-tomadas-de-decisao-na-administracao.html>. Acesso em 14 nov. 2018.

HOCHMAN, Gilberto (org.) **Políticas públicas no Brasil**./ Organizado por Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

KRÄMER, A. C. **O Poder judiciário e as ações na área da saúde**. Revista de Doutrina, 4ª Região. Edição 15, 2006. Disponível em:

http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/artigos/edicao015/Ana_Kramer.htm. Acesso em: 13 de maio de 2017.

LIMA, Gilvânklm Marques de. **A interferência do poder judiciário na concretização do direito à saúde: os riscos de uma atuação não planejada e casuística**. Parahyba Judiciária. Revista da Justiça Federal. v. 9, n. 9, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.jfjb.jus.br/revista/index.php/revista/article/view/46/43>. Acesso em 10 jul 2017.

LOPES, Mauricio Caldas. **Judicialização da saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias** /Felipe Rangel de Souza Machado. – 2010.185f. Orientadora: Sulamis Dain. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

MÂNICA, Fernando Borges. **Teoria da reserva do possível: direitos fundamentais a prestações e a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas**. Revista Brasileira de Direito Público, Belo Horizonte, v. 5, n. 18, p. 169-170, jul./set. 2007.

MARQUES, S. B. **Judicialização do direito à saúde**. Revista de direito sanitário, vol. 9, n. 2, p. 65 – 72, jul./out. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

MENDES, Áquilas. **A busca da cumplicidade entre o planejamento e o processo orçamentário na saúde paulistana**. In: MENDES Áquilas; SOUZA, Maria de Fátima de (Orgs.). Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **Direito à saúde e acesso a medicamentos: Em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

NETO, Daniel Carlos; **Impactos da Judicialização na Saúde Pública**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento –Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, pp : 15- 20 –ISSN: 2448-0959

NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 353-366.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5ª edição. Petrópolis: Vozes, 2013.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes, DELDUQUE, Maria Célia, SOUSA, Maria Fátima de, MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Mediação: um meio de desjudicializar a saúde**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(1), 169-177, mar, 2016. Disponível em:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1860>. Acesso em 06 nov. 2018.

PÊCHEUX, M. **Análise automática do discurso**. In: Gadet, F, Hak, T, organizadores. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux, 2ª ed. Campinas: Edu Unicamp; 1993.

PEREIRA, Fabrício de Souza Lopes. **Diálogos institucionais e sociais**. 2015. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/42452/dialogos-institucionais-e-sociais>. Acesso em 09 nov. 2018.

PEREIRA, Delvechio de Souza. **O orçamento público e o processo de Judicialização da saúde**. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2055752.PDF>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: temas & questões**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PRODANOV, Cristiano. FREITAS, Ernani. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª edição. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, SP, 2000. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000218821>. Acesso em 16 de maio de 2017.

SANEMATSU, Caroline Reis. **O processo de tomada de decisões no âmbito da Administração Pública: reflexões teórico-empíricas sob a perspectiva da Teoria da Decisão e da Teoria dos Jogos**. Revista científica EPAP, 2016. Disponível em: <http://www.profiap.org.br/profiap/eventos/2016/i-congresso-nacional-de-mestrados-profissionais-em-administracao-publica/anais-do-congresso/eixo-tematico-2-transformacao-e-inovacao-organizacional>. Acesso em 14 de nov. 2018.

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200019&script=sci_arttext. Acesso em 16 de maio de 2017.

SARLET, Ingo. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SCHULZE, Clenio Jair. **Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor**. 2015 - 1ª edição. Coleção Para Entender a Gestão do SUS – 2015. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Disponível em: www.conass.org.br. Acesso em 30 out. 2018.

SCHULZE, Clenio Jair. **Judicialização da saúde e prisão de gestor**. 25.01.2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/judicializacao-da-saude-e-prisao-de-gestor-por>

clenio-jair-schulze/. Acesso em 06 de nov. 2018.

SENADO FEDERAL. (2007), **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto Constitucional Promulgado em 5 de Outubro de 1988, com as Alterações Adotadas pelas Emendas Constitucionais nº1/1992 a nº53/2006**. Brasília, Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas.

SHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Jose Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 35ª edição, revista e ampliada. São Paulo: Malheiros, 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi, TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.821-828. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 06 nov. 2018.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Disponível em: http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf. Acesso em 18 de maio de 2017.

WANG, Daniel Wei L.; VASCONCELOS, Natália Pires de; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; TERRAZAS, Fernanda Vargas. **Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa**. Rev. Adm. Pública [online]. 2014, vol.48, n.5, pp.1191-1206. ISSN 0034-7612. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121666>. Acesso em 14 nov. 2018.

WEFFORT, Francisco C. organizador. **Os clássicos da política**. Volume 1. 14 ed. São Paulo: Ática, 2009.

VASCONCELOS, Natália Pires de. **O Supremo Tribunal Federal e o orçamento: uma análise do controle concentrado de leis orçamentárias**. Monografia – (Conclusão de Curso) - Escola de Formação da Sociedade Brasileira de Direito Público, São Paulo, 2010. p. 6 e ss.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acessa à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [1]: 77-100, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a06v20n1.pdf. Acesso em 30 out. 2018.

VIANNA, Luiz Werneck. **A Judicialização da Política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

ZAGURSKI, Adriana Timoteo dos Santos, PAMPLONA, Danielle Anne. **Judicialização da saúde e orçamento público**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/rdunisc.v1i48.6498>. Acesso em 12 nov. 2018.

_____. **Constituição da República Federal**

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

_____. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Petição n. 1.246. Requerente Estado de Santa Catarina e Requerido João Batista Gonçalves Cordeiro. Relator Ministro Celso de Mello. 13 de fevereiro de 1997. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em 28 de setembro de 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada n. 91. Requerente Estado de Alagoas e Requerido Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Relatora Ministra Ellen Gracie. 26 de fevereiro de 2007. Disponível em: <www.stf.jus.br> Acesso em: 28 de setembro de 2017.

_____. RE 267.612 – RS, DJU 23.08.2000, Rel. Min. Celso de Mello.

_____. RE nº 194.674, Rel. Min. Celso de Mello, j. 24.05.99.

ANEXO 1

- Questões aplicadas durante a entrevista:

O objetivo das perguntas consistiu na avaliação da percepção do secretário de saúde quanto à realidade da judicialização e suas consequências para a Administração Pública nas dimensões social e financeira.

- Dados pessoais, identificação do entrevistado (nome, formação acadêmica, tempo na função de secretário de saúde);
- Qual o orçamento anual para aplicação total em saúde? Qual o orçamento anual para aplicação em judicialização da saúde?
- Como se dá o manejo do orçamento em saúde do município?
- Quais os principais documentos no município que organizam a aplicação de verbas em saúde?
- Sabe dizer quais demandas judiciais cabem ao Município, ao Estado e à União?
- Que tipo de ações judiciais têm sido propostas contra o município? Qual a principal característica das demandas judiciais em saúde?
- Como ocorre a tomada de decisões em relação às demandas judiciais?
- Quem participa da tomada de decisão?
- Qual o sentimento enquanto secretário municipal de saúde em relação às demandas judiciais?
- Como você percebe o fenômeno da judicialização da saúde?
- Você tem medo de responsabilizações judiciais? Já sofreu alguma ação judicial por descumprimento de liminar?
- Você acha justo responsabilizar pessoalmente o gestor público?
- O município assume alguma demanda judicial que não seja de sua competência? Já teve que pagar algum procedimento que era da competência do Estado ou da União?
- Na sua opinião o fenômeno da judicialização da saúde afeta alguma ou algumas políticas públicas?
- Você se sente bem assessorado com relação ao pedidos formulados em juízo?
- Você sabe quantificar em números e valores quantas ações judiciais o município foi condenado a pagar nos últimos cinco anos?

- Já aconteceu de ter que deixar de aplicar algum valor financeiro em programas por causa de alguma ou algumas ações judiciais?
- Quem mais usa o Poder Judiciário para demandar pedidos na área da saúde?
- Como se organiza o município para responder às demandas judiciais de saúde?
- Na sua opinião, o judiciário observa a realidade do sistema ao proferir uma decisão?
- Qual o impacto do sistema público de saúde em relação à judicialização?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DEPOIMENTOS E IMAGENS

Eu Dayse Anna Alberton Cavallieri, documento de identificação número (RG, RNE ou passaporte) 7.337.873-7, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos usados na pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de meu depoimento e ou imagem, **autorizo**, através do presente termo, o pesquisador Francisco Marcelo Kukul do projeto de pesquisa intitulado "Políticas Públicas de saúde: Subrealização da saúde e as percepções do Gestor" a colher meu depoimento e ou realizar as fotos que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Não obstante, libero a utilização do depoimento e ou destas fotos para fins científicos e de estudos (dissertações, teses, livros, artigos e slides), em favor do pesquisador, acima especificado, obedecendo ao que está previsto na legislação vigente.

Medianeira, 10 de nov. de 2018.

Francisco Marcelo Kukul

Assinatura do Pesquisador responsável pelo projeto

Assinatura do Sujeito da Pesquisa