

GERAIS

■ Revista de Saúde Pública do SUS/MG

■ *SUS/MG Journal of Public Health*



ISSN 2318-2598

Volume 6 • Número 1 • Janeiro/junho de 2018

GERAIS:

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

GERAIS: SUS/MG Journal of Public Health

Volume 6 • Número 1

Janeiro/junho de 2018

ISSN 2318-2598

GOVERNADOR DE ESTADO DE MINAS GERAIS
Fernando Damata Pimentel

VICE-GOVERNADOR DE ESTADO DE MINAS GERAIS
Antônio Andrade

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Nalton Sebastião Moreira da Cruz

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Daniel Guimarães Medrado de Castro

DIRETOR-GERAL DA ESP-MG
Lenira de Araújo Maia

PRESIDENTE DA FHEMIG
Vânia Maria Souza Melo Pinto da Cunha

PRESIDENTE DA FUNED
Vanderlei Eustáquio Machado

PRESIDENTE DA HEMOMINAS
Júnia Guimarães Mourão Cioffi

ASSESSORA-CHEFE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA SES-MG
Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

RELAÇÃO DE INTEGRANTES DO COMITÊ GESTOR/EQUIPE EDITORIAL E EDITORES ASSOCIADOS DA GERAIS: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS/MG

COMITÊ GESTOR/EQUIPE EDITORIAL

Editor Jornalístico

Wander Veroni Maia – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Produção de Conteúdo Jornalístico / Assessoria de Comunicação Social

Michelle Guirlanda – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Júnia Brasil e Heloísa Dias Machado – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

Vívia Teixeira – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Sílvia Amâncio – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Ana Paula Brum e Vívian Campos – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Crédito das Fotografias/Ilustrações

Adair Gomez – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

Marcus Ferreira – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Banco de Imagens Grátis Pixabay e Freepik

Imagens do acervo da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Fundação Ezequiel Dias (Funed) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Editora Científica

Michely de Lima Ferreira Vargas – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Editora Adjunta

Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Editores Assistentes

Daniel Gonçalves Chaves – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

Editores Executivos

Deise Campos Cardoso Afonso – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Esther Margarida Barros – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Simone Abreu Borges da Silva – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Secretaria Editorial

Jacqueline Castro – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

EDITORES ASSOCIADOS

Avaliação de Serviços e Políticas

Eliete Albano de Azevedo Guimarães – Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – Campus Centro Oeste Dona Lindu/Divinópolis

Valéria Conceição Oliveira (UFSJ) – Campus Centro Oeste Dona Lindu/Divinópolis

Tarcísio Laerte Gontijo (UFSJ) – Campus Centro Oeste Dona Lindu/Divinópolis

Ciência e Tecnologia em Saúde

Pedro Guatimosim Vidigal – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ciências Sociais em Saúde

Maria José Nogueira – Fundação João Pinheiro (FJP)

Epidemiologia

Helian Nunes de Oliveira (UFMG)

Tiago Campos Silva (SES-MG)

Lívia Guimarães Zina (UFMG)

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Karina Rabelo Leite Marinho (FJP)

Saúde Trabalho e Ambiente

Luiz Carlos Brant (UFMG)

CONSELHO EDITORIAL

SES-MG

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

Wander Veroni Maia

ESP-MG

Luciana Souza d'Ávila

Rose Ferraz Carmo

FHEMIG

Deise Campos Cardoso Afonso

Fernando Madalena Volpe

Marcelo Militão Abrantes

FUNED

Sílvia Fialho

Luiz Henrique Heneine

HEMOMINAS

Anna Bárbara de Freitas Carneiro

Proietti

Daniel Gonçalves Chaves

Blood Systems Research Institute, BSRI

Thelma Therezinha Gonçalves

Centro de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz Minas (CPqRR)

Antônio Ignácio de Loyola Filho

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)

Ivana Barreto

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS)

Márcio Mariath Belloc

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz)

Adriana Kelly dos Santos

Ministério da Saúde

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

Rubens de Menezes Santos

Universidade de Brasília (UnB)

Carlos Henrique Goretzi Zanetti

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Bruno Otávio Arantes

Shirley de Lima Ferreira Arantes

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)

Mariléia Chaves Andrade

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

José Jackson Coelho Sampaio

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Luiz Carlos Brant

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Clarice Sandi Madruga

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Maria Carmen Viana

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Luciana Nascimento

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Alcídes da Silva Miranda

University of Columbia – EUA

Milton Wainberg

University of Toronto – Canadá

Saulo Castel

COMITÊ GESTOR / ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Coordenação

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza (SES-MG)

Wander Veroni Maia (SES-MG)

Harrison Miranda (ESP-MG)

Sílvia Amâncio (ESP-MG)

Luciene Aparecida Nogueira Queiroz (Hemominas)

Júnia Brasil (Hemominas)

Heloísa Dias Machado (Hemominas)

Nayane Jardim (Funed)

Vívian Teixeira (Funed)

Marina Santos de Lima Pereira (Fhemig)

Samira Ziade (Fhemig)

Projeto gráfico, produção gráfica
Autêntica Editora

G354

Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS-MG / Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais; Fundação Ezequiel Dias; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. – v. 6, n. 1 (jan-jun. 2018) – .- Belo Horizonte: Autêntica, 2018 v.

Semestral

ISSN: 2318-2598

1. Saúde pública. I. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. II. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. III. Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais. IV. Fundação Ezequiel Dias. V. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

NLM WA 100

www.revistagerais.saude.mg.gov.br

- 5** Apresentação
Nalton Sebastião Moreira da Cruz
- 7** Editorial
Wander Veroni Maia, Michely de Lima Ferreira Vargas
- 10** Giro pela saúde .
Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais
- 15** Boatos também fazem mal à saúde
Ana Paula Brum e Vivian Campos
- 20** Quais são os desafios do SUS diante da imigração populacional?
Sílvia Amâncio
- 25** Hemominas investe em pesquisa e avança no Programa de Doadores Raros
Junia Brasil e Heloísa Machado
- 30** Hospital Infantil João Paulo II é referência no atendimento a Diabetes Infantil
Michelle Guirlanda
- 35** Um novo tempo para a produção e uso da Talidomida
Vivian Teixeira
- 43** Palestra Magna . I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde
Clênio Jair Schulze. Juiz Federal.
- 55** Perspectivas da judicialização da saúde e as medidas de aperfeiçoamento do Poder Judiciário
Palestra proferida por Renato Luís Dresch. Desembargador do TJ/MG
- 62** Judicialização da Saúde e Princípio da Transparência: O sistema DeclaraSUS
Polianna Pereira dos Santos
- 68** A judicialização da saúde no estado de Minas Gerais
Patrícia de Oliveira, Daniela de Cassia Domingues
- 77** O controle judicial das políticas públicas no contexto da judicialização da saúde
Maria Gabriela Araújo Diniz, Luciana Souza d'Ávila
- 86** A judicialização em saúde mental: algumas reflexões a partir de um caso de internação compulsória em CAPS AD
Raquel Assunção Silveira Silva, Stefany Francis da Silva
- 94** Solicitações judiciais de medicamentos para tratamento de câncer, Secretaria de Estado de Saúde de MG, 1999-2009
Karina Alves Ramos, Eli Yola Gurgel Andrade, Juliana Alvares
- 106** Normas para publicação GERAIS: Revista de Saúde Pública do SUS/MG

APRESENTAÇÃO

Nalton Sebastião Moreira da Cruz

Secretário de Estado de Saúde e Gestor do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

Você já parou para pensar o quanto a disseminação de notícias falsas pode impactar a saúde pública? Campanhas de vacinação, tratamento e prevenção de doenças, dispensação de medicamentos, doação de sangue ou ações de promoção da saúde – sobretudo na Atenção Primária –, por exemplo, são muito prejudicadas quando informações que não condizem com a realidade passam a ser divulgadas nos aplicativos de envio de mensagens e nas redes sociais sem nenhum critério.

As **Fake News** são notícias falsas publicadas e divulgadas na internet como se fossem informações reais. Elas têm um grande poder viral e de persuasão pois são compartilhadas por amigos e familiares – geralmente pessoas nas quais temos confiança, respeito e carinho. Por ter um teor exagerado, dramático, apelativo e polêmico, as notícias falsas costumam atrair muita atenção das pessoas, que acreditam que tais informações podem impactar as suas vidas diretamente ou garantir certo grau de exclusividade, já que apenas determinado grupo teve acesso a elas.

Mas o pior de tudo isso é que as **Fake News** se ancoram, de forma trapaceira, em notícias supostamente divulgadas em veículos de comunicação ou de órgãos oficiais, dando um ar de veracidade e confundindo ainda mais o público. Por isso é tão importante eleger dois ou mais sites, blogs ou veículos de confiança para se informar e contrapor os dados.

Se teve algo que marcou a saúde pública neste ano foram as chamadas **Fake News**. Por conta da sua relevância, esse assunto

foi abordado tanto na edição anterior da **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG** – por meio de um infográfico mais didático – quanto na atual publicação – em forma de matéria jornalística.

Mas nesta edição não falaremos apenas disso. Teremos outros assuntos que fortalecem a importância da equidade, da universalidade e da igualdade no **Sistema Único de Saúde (SUS)**, apresentando para o leitor a pluralidade de ações do **Sistema Estadual de Saúde** por meio de um trabalho conjunto das áreas técnicas e dos jornalistas que fazem parte das assessorias de comunicação dos órgãos de saúde pública estadual. Além de reportagens, o leitor também encontrará artigos científicos cujo objetivo é ampliar as pesquisas e relatos de experiência de trabalhadores da saúde de Minas Gerais.

Boa leitura! ■

EDITORIAL

Wander Veroni Maia¹

Michely de Lima Ferreira Vargas²

¹ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). wander.maia@saude.mg.gov.br

² Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). michely.vargas@esp.mg.gov.br

Importante publicação técnico-científica no estado de Minas Gerais que reporta as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), a *Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG* destaca, nesta edição, os principais temas que permeiam a saúde pública com matérias jornalísticas das instituições que compõem o Sistema Estadual de Saúde, bem como divulga os trabalhos científicos produzidos pelos profissionais de saúde do nosso estado.

Logo nas primeiras páginas conferimos uma seção de notas informativas no “Giro pela saúde”. Entre os destaques, estão o lançamento do Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiGRES); a criação do DeclaraSUS, que tem como meta dar mais transparência às relações entre profissionais de saúde e indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes no SUS; o incentivo de repasse de recursos financeiros para municípios que passaram pela crise de febre amarela, entre outros assuntos.

Em seguida, destacamos como as *fake news* causam impacto na saúde pública e afetam diretamente as estratégias de vacinação e promoção da saúde por compartilharem informações que não condizem com a realidade dos fatos. Na matéria, o pesquisador da Fiocruz, Igor Sacramento, aponta que a confiança em quem compartilha a informação é um dos fatores determinantes para que um boato ou uma mentira passe a ser compartilhada nos aplicativos de mensagens instantâneas e nas redes sociais.

Logo depois, trazemos uma reflexão sobre a universalidade do SUS diante da crise humanitária da Venezuela e de outros países, cujos refugiados chegam ao Brasil. Como qualificar esses profissionais de saúde que irão prestar assistência a pessoas que possuem outra cultura, outra língua, e, muitas vezes, ainda estão no processo de reconstrução da sua dignidade humana? O processo de imigração se dá não só por crise econômica, mas também social, como guerras e a falta de recursos naturais, que obrigam as populações a se deslocarem da sua terra de origem para sobreviver.

A *Gerais* destaca ainda a importância da assistência do Hospital Infantil João Paulo II, da Rede Fhemig, que atende crianças com diabetes no estado.

Mostra o trabalho de acompanhamento e de assistência às famílias para que a doença possa ser controlada e a criança consiga ter uma vida plena e saudável. Além de explicar como se dá o trabalho dos profissionais de saúde que lidam diretamente com as crianças com diabetes, mostramos casos de famílias que recebem esse tratamento por meio da saúde pública estadual.

Ainda, comentamos como se dá a produção da Talidomida, um medicamento que é produzido desde 1973, exclusivamente em Minas Gerais, pela Fundação Ezequiel Dias (Funed) para dispensação nacional por meio do SUS. E, por último, abordamos a importância das pesquisas científicas no SUS sobre doadores de sangue raros que impactam diretamente na melhoria da segurança transfusional.

Já na parte científica da publicação, os artigos que compõem este volume são todos relacionados à temática da judicialização da saúde. Em abril de 2018, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) realizou o I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde. O evento teve como objetivo fomentar os debates sobre a judicialização, considerando as perspectivas dos diversos atores envolvidos nesse processo e analisando seus impactos na implementação das políticas públicas de saúde. Considerando a importância do tema, e tendo em vista contribuir para a continuidade das reflexões proporcionadas durante o seminário, o presente número da *Gerais* apresenta algumas das palestras que compuseram a programação do evento. Algumas delas estão aqui registradas na forma de artigos adaptados e/ou como transcrições literais das apresentações, caso da Palestra Magna proferida pelo juiz federal Clênio Jair Schulze na abertura do seminário. Em sua apresentação, Schulze enfatiza a necessidade da busca por “[...] equilíbrio e principalmente seriedade e honestidade no trato da judicialização”. Por sua vez, a palestra proferida pelo desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Renato Luís Dresch, reflete sobre as “perspectivas da judicialização da saúde e as medidas de aperfeiçoamento do Poder Judiciário”.

Adaptada ao formato de artigo, a apresentação de Polianna Pereira dos Santos, organizadora do evento e uma das palestrantes, alerta, a partir da apresentação da ferramenta DeclaraSUS desenvolvida pela SES-MG, para a importância do princípio da transparência tanto em relação à fiscalização e acompanhamento das políticas públicas quanto das ações judiciais propostas para efetivar o acesso à saúde. Em coautoria com Daniela de Cássia Domingues, a palestra de Patrícia de Oliveira alerta para as possíveis “distorções nos princípios constitucionais do direito à saúde à medida que [a judicialização] ignora que o acesso deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas e avaliação quanto à sua eficácia, segurança, efetividade, conforme os princípios e diretrizes do SUS”.

Completam este volume três artigos selecionados em chamada aberta pela *Gerais* no primeiro semestre de 2018. Os artigos abordam, sob enfoques diversos e ao mesmo tempo complementares, as características e consequências do processo da judicialização. Maria Gabriela Araújo Diniz e Luciana Souza D’Ávila examinam o controle judicial das políticas públicas no contexto da judicialização da saúde “apresentando suas críticas e defesas e, posteriormente, apontando os efeitos da judicialização no âmbito das políticas públicas de saúde”. Raquel Silva e Stephani Silva refletem sobre a judicialização em saúde mental a partir de um caso de internação compulsória em CAPS AD. Por fim, Karina Ramos, Eli Andrade e Juliana Alvares analisam o perfil das ações judiciais por medicamentos para o tratamento do câncer contra o Estado de Minas Gerais nos anos 1999 a 2009.

Nesse sentido, com um amplo material informativo e científico, agradecemos a todos os autores pelo envio dos artigos e aproveitamos para convidar novos pesquisadores para submeter seus trabalhos para avaliação por meio do site da revista (www.revistage-raissaude.mg.gov.br). Esperamos que você goste desta edição e compartilhe as informações sobre o SUS com seus familiares, amigos e colegas de trabalho. Boa leitura! ■

● Mudança

O Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (Geicom) foi substituído por uma nova plataforma chamada Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiGRES). O objetivo da mudança é dar mais agilidade às resoluções de repasse de recursos no estado de maneira transparente, organizando melhor as informações geradas pelo sistema. Além de ter um novo layout mais agradável e alinhado com os demais sistemas governamentais, a nova infraestrutura de servidores está muito mais robusta, de forma a suportar o grande volume de dados gerados sem comprometer o desempenho do sistema. A nova plataforma poderá ser acessada por meio da última versão do Internet Explorer, Mozilla Firefox e Safari. É importante salientar que o navegador Google Chrome não oferece suporte para a mesma. Acesse: <http://sig-res.saude.mg.gov.br>

● Declara SUS

Você sabia que o Declara SUS é coisa nossa? Trata-se de uma ferramenta tecnológica desenvolvida pela Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação da SES-MG (AGTI), que tem por finalidade atender ao disposto na Lei 22.440, de 21 de dezembro de 2016, conforme o Decreto 47.334, de 29 de dezembro de 2017. Por meio do Declara SUS, as indústrias passam a declarar relações com profissionais de saúde, de qualquer natureza, que possam configurar potenciais conflitos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é dar mais transparência às relações entre profissionais de saúde e

indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes, entre outras.

● Capacitação

Em fevereiro deste ano, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) realizou na Cidade Administrativa, em Belo Horizonte (MG), uma capacitação para o uso do Sistema Declara SUS. Participaram da qualificação representantes da Controladoria Geral do Estado (CGE), profissionais

parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), realizou um curso sobre a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 108/2016 e atualização de farmácias e drogarias. O encontro, realizado em abril, foi voltado para os técnicos de vigilância sanitária do Sistema Único de Saúde (SUS) de 115 municípios e das 28 Regionais de Saúde, e tem como objetivo oferecer uma formação inicial de inspetores em farmácias e drogarias. Ainda, a capacitação atualizou os profissionais sobre as leis e resoluções que orientam os inspetores de vigilância, principalmente em relação aos requisitos mínimos para inspeção em estabelecimentos que trabalham com produtos sujeitos a controle especial.

● Ressarcimento

Logo no início do ano, por conta do aumento de casos suspeitos ou confirmados de Febre Amarela, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) publicou uma Deliberação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de nº 2.663, aprovando o ressarcimento de internações em casos suspeitos ou confirmados de Febre Amarela no Sistema Único de Saúde (SUS) que ocasionem extrapolação de teto financeiro hospitalar dos municípios. O ressarcimento por meio dessa publicação tem como limite o valor de R\$ 1.500.000,00. A resolução se aplica aos municípios mineiros que estão localizados nas Regiões Ampliadas de Saúde Centro, Centro Sul, Leste do Sul e Sudeste.

● Mais recursos

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), por

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o
Sistema Estadual de
Saúde de Minas Gerais

da indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes, além de profissionais de saúde que possuem relações de qualquer natureza com a indústria farmacêutica. Através do Declara SUS, é possível realizar registros de doações de indústrias para profissionais de saúde e, a partir de formulários online, fazer buscas sobre valores e datas de doações.

● Vigilância Sanitária

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em

meio da Resolução nº 6092, instituiu incentivo financeiro, em caráter emergencial, para intensificar as ações de controle e contingenciamento da Febre Amarela nos municípios com casos confirmados e/ou com epizootias – enfermidade contagiosa que ataca número elevado de animais – de primatas. O objetivo do incentivo financeiro foi fomentar, no território municipal, estratégias para intensificação vacinal, vigilância de epizootias e coleta de material biológico para apoio ao diagnóstico da Febre Amarela, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da SES-MG. O valor total do incentivo será de R\$ 2.490.000,00, a serem repartidos entre as cidades afetadas.

● **Medula óssea**

Minas Gerais alcançou a meta de cadastros de doadores de medula óssea, que é de 30.800 pessoas. Essa conquista se deve à solidariedade dos mineiros, que sempre se dispõem a ajudar a quem precisa. Sem a mobilização da população, seria impossível realizar tantas doações de medula óssea: de acordo com o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME), em 2017, 37 pessoas cadastradas em nosso estado encontraram receptores compatíveis e efetivaram a doação de medula óssea. As chances de encontrar um doador não aparentado compatível é de 1 a cada 100 mil pessoas. Por esse motivo, é extremamente importante o apoio da população. Quem ainda não efetuou seu cadastro como doador de medula óssea pode procurar a unidade da Fundação Hemominas mais próxima. Para verificar os dias e horários em que o cadastro é realizado, basta ligar no número 155 – opção 8.

● **Acervo**

Para facilitar o acesso ao conhecimento produzido na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), duas ferramentas estão disponíveis para alunos, pesquisadores, professores, profissionais de saúde e para o público em geral. A primeira é o Repositório Institucional, que armazena, organiza, preserva e dissemina as informações produzidas pelos trabalhadores, alunos e docentes, sejam materiais didáticos, artigos, livros, resumos, trabalhos apresentados em eventos e/ou trabalhos de conclusão de curso. A segunda é o Blog da Biblioteca, um canal de comunicação entre o setor e a comunidade usuária. Nesta ferramenta serão disponibilizadas novas aquisições, dicas de pesquisa, dicas de ferramentas e aplicativos úteis a estudantes, professores e pesquisadores.

● **Direito Sanitário**

Com previsão de término para o final de 2019, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) realiza a sua 8ª turma do Curso de Especialização em Direito Sanitário, que tem o objetivo de qualificar o judiciário mineiro para a tomada de decisão nas ações que citam o Sistema Único de Saúde (SUS). A especialização em Direito Sanitário da ESP-MG acontece desde 1998. Nesta edição, o curso conta com 40 alunos que atuam em diferentes instituições, como o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, a Defensoria Pública de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, a Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais e a Fundação Ezequiel Dias (Funed), entre outros. As aulas seguem até o final de 2019, e durante

esse percurso os alunos serão apresentados aos conteúdos sobre Instituições Jurídicas do Direito Sanitário, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental, Direito Internacional Sanitário, Saúde Coletiva e Direitos Humanos, entre outros temas.

● **Monitoramento**

O Instituto Octávio Magalhães (IOM) da Fundação Ezequiel Dias (Funed), que abriga o Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (LACEN-MG), é responsável pelo monitoramento: da qualidade da água destinada ao uso e consumo humano, do ar ambiente, de medicamentos e cosméticos; da realização de análises laboratoriais de doenças de notificação compulsória; da avaliação de riscos ambientais em saúde; e da realização de exames. O objetivo é garantir que os trabalhadores não adquiram doenças decorrentes de suas atividades profissionais.

● **Controle de qualidade**

Os cuidados com a saúde da população devem começar muito antes do tratamento de doenças. A saúde está, por exemplo, na qualidade da água ou dos alimentos ingeridos, ou no controle de possíveis epidemias. E esse é o trabalho, muitas vezes invisível, da Fundação Ezequiel Dias (Funed): quando os alimentos chegam na casa das pessoas em condições seguras para uso, é graças ao trabalho criterioso que a Funed realiza. Os pacientes que precisam de hemodiálise em todo o estado recebem água segura para o procedimento também em virtude do trabalho da Funed. Na Fundação são avaliados ainda os níveis de agrotóxicos a que estão submetidos os trabalhadores rurais, os níveis dessa contaminação nos alimentos e

muitas outras ações silenciosas que garantem a saúde da população.

● **Startup**

A CELLtype – startup da Funed que nasceu dos projetos de pesquisa realizados no Serviço de Biologia Celular (SBC) da Fundação Ezequiel Dias (Funed) – foi selecionada para participar do programa de aceleração Artemisia Lab, voltado a negócios que envolvem a superação de desafios na área de Saúde Pública e que visa potencializar negócios de impacto social com soluções inovadoras. Luciana Silva, pesquisadora do SBC e uma das fundadoras da startup, explica que a intenção é desenvolver um kit que permita direcionar a escolha do tratamento quimioterápico mais adequado, levando em consideração o perfil das populações celulares que compõe o tumor de cada paciente. “O kit de previsão de quimioterapia está em estágio de desenvolvimento, sendo inicialmente testado para câncer de mama. Estudos do nosso grupo identificaram tipos celulares que respondem de maneira distinta aos quimioterápicos”, explica a pesquisadora. Luciana esclarece, ainda, que estes resultados foram obtidos em modelos *in vitro* e que agora o grupo precisa validar essa informação em um estudo com amostras clínicas.

● **Mobilização**

No Dia Mundial do Doador de Sangue Voluntário (14/06), a Fundação Hemominas realiza a campanha Servidor Doador, que tem como objetivo mobilizar os trabalhadores da saúde para a causa da

doação de sangue. A campanha foi criada em 2016 e busca incentivar todos à prática da doação, e mesmo aqueles que possuem algum impedimento podem participar agindo como potenciais captadores, convidando familiares e amigos. Para participar é simples: basta que o servidor, familiar ou amigo compareça à unidade da Fundação Hemominas mais próxima, candidate-se à doação de sangue e informe que quer participar da campanha Servidor

de Saúde compareceram ao Hemocentro da Fundação Hemominas para realizar a doação de sangue e o cadastro de medula óssea. Ainda no mesmo mês, a unidade da Hemominas recebeu uma caravana de 40 doadores do município de Rio Pomba, a 85 km de Juiz de Fora. A solidariedade é tanta que já está agendada a vinda de outros três grupos durante o ano de 2018. De acordo com Thaysi Melo, do setor de Captação de Doadores do Hemocentro, as ações de iniciativa popular são extremamente válidas: “As doações no mês de janeiro nos ajudam a manter o estoque ideal de hemocomponentes para o atendimento no período de férias e no que antecede o Carnaval, quando o comparecimento de doadores diminui”.

● **Seminário**

Em maio, a Fundação Hemominas realizou o XI Seminário de Iniciação Científica. O evento, que contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), divulgou os resultados de pesquisas desenvolvidas com foco nos seguintes assuntos: doenças transmissíveis por transfusão e transplante; hemoglobinopatias; coagulopatias; imuno-hematologia e doenças da série vermelha. Na ocasião, cada estudante apresentou brevemente sua pesquisa, bem como as dificuldades encontradas durante a investigação. Os orientadores e demais participantes do seminário puderam fazer questionamentos e sugestões para o aperfeiçoamento dos trabalhos. Os seminários de Iniciação Científica, que acontecem

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o
Sistema Estadual de
Saúde de Minas Gerais

Doador no momento do cadastro. Dessa forma, o trabalhador possibilita a contabilização de doadores efetivos provenientes de cada unidade. Os servidores que doaram sangue na semana que antecede o início da campanha também podem procurar o setor de Captação e Cadastro de sua unidade para entrar na contagem.

● **Mais mobilização**

Em janeiro deste ano, cerca de 30 alunos e ex-alunos do curso de Bombeiros Civis da Impacto Escola

durante todo o ano, têm como objetivo divulgar, reconhecer e valorizar os resultados de pesquisas desenvolvidas na Hemominas pelos pesquisadores e estagiários bolsistas. O I Seminário de Iniciação Científica da Hemominas foi realizado em 2007 e contou com a apresentação de 15 trabalhos.

● Doença Falciforme

Em abril deste ano foi realizado o 5º Encontro de Pessoas com Doença Falciforme. Por meio de palestras, essa edição buscou propiciar maior conhecimento sobre o tratamento do distúrbio, práticas para a prevenção de complicações e busca pela melhoria na qualidade de vida. O encontro foi organizado em parceria com a Associação de Pessoas com Doença Falciforme de Juiz de Fora e região, tendo como referência o Dia Estadual de Conscientização sobre a Doença Falciforme.

● Aplicativo

A Secretaria de Planejamento e Gestão de Minas Gerais (Seplag-MG), em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), ampliou o serviço de acesso à informação dos medicamentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do aplicativo MG App. O projeto surgiu a partir da identificação das principais demandas feitas pelos usuários pelo serviço telefônico 155 LigMinas Farmácia de Todos, de janeiro a abril de 2018. Uma das demandas mais recorrentes dizia respeito à situação dos processos administrativos, no que compete ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, bem como à disponibilidade dos seus respectivos medicamentos nas farmácias regionais. Para ter acesso ao serviço, o cidadão deve fazer o

download do aplicativo MG App em seu smartphone e informar o número do seu CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) e sua data de nascimento. Após o aplicativo confirmar a veracidade das informações inseridas, o usuário terá acesso a todos os processos de abertura de solicitação já realizados por ele. O usuário deverá, então, selecionar o processo desejado e o aplicativo irá informar o “status” – ou seja, em qual etapa se encontra, se já foi analisado ou não. Caso o processo já tenha um parecer, o cidadão poderá consultar o resultado da análise para cada medicamento solicitado. Em caso de deferimento, ele poderá consultar a disponibilidade do seu medicamento no estoque da farmácia de sua Regional de Saúde, onde o processo foi aberto.

● Alimentação

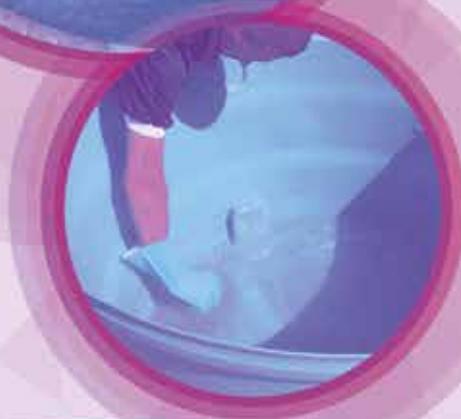
Mesmo com a população brasileira mais preocupada com uma alimentação saudável, o alto grau de agrotóxico presente nos alimentos coloca o Brasil numa triste estatística: somos um dos maiores consumidores desses produtos, fator que leva um grande número de pessoas a adquirir doenças ao longo da vida. Nesse contexto, o governo de Minas Gerais avança na luta contra os agrotóxicos, buscando uma alimentação mais saudável para a população do estado. Esta caminhada teve início com o decreto do governo mineiro nº 47223, de 26 de julho de 2017, que criou o Grupo Executivo Permanente da Estratégia Intersetorial de Redução do Uso de Agrotóxicos e Apoio à Agroecologia e à Produção Orgânica (GEP), cujo objetivo é coordenar e implementar as ações. Entre 2000 e 2014, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais

Renováveis (Ibama) apontou que o Brasil aumentou em 135% o uso de agrotóxicos, passando de 170 mil toneladas para 500 mil. Esse forte crescimento rendeu ao país o primeiro lugar no ranking dos que mais consomem agrotóxicos.

● Energia

O Governo do Estado de Minas Gerais vai destinar R\$ 40 milhões, por meio da Cemig, para a eficiência energética em hospitais mineiros que atendem pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Energia Inteligente beneficiará 80 hospitais em Minas Gerais com a troca de lâmpadas convencionais por equipamentos de tecnologia LED, de alto rendimento e baixo consumo de energia, e com a substituição de aparelhos de esterilização das unidades hospitalares (autoclaves) por equipamentos com maior capacidade. Para o setor de lavanderia dos hospitais, o programa fará a substituição de secadoras por máquinas rotativas, que possuem controle de tempo e temperatura automático, comando automático e digital de tempo e temperatura regulável. As novas secadoras proporcionarão ainda economia na reposição de materiais, já que evitam o superaquecimento dos tecidos. Alguns hospitais serão contemplados também com sistemas de aquecimento solar. O objetivo é retirar o consumo de energia do horário de ponta, além de proporcionar economia, estimada em 70%, da energia consumida para banhos. Outros hospitais contarão com geração própria de energia por meio da implantação de sistemas de energia solar fotovoltaica, reduzindo diretamente a fatura de energia das unidades beneficiadas. ■

Você já viu se tem foco de água parada em casa?



Vaso de planta, pneu, garrafa, lata, lixo e, até mesmo, a vasilha de água do seu animal de estimação podem ser criadouros do mosquito *Aedes aegypti* (Chikungunya, Zika e Dengue). Por isso, a **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)** orienta que a melhor maneira de evitar estas doenças é eliminar qualquer foco de água parada no qual o mosquito possa se reproduzir.

Saiba Mais:

www.saude.mg.gov.br/aedes

BOATOS TAMBÉM FAZEM MAL À SAÚDE

Na velocidade das redes sociais e dos aplicativos de mensagem, notícias mentirosas podem comprometer a eficácia dos tratamentos de saúde, desarticular ações de saúde coletiva e, até mesmo, iludir as pessoas com o aparecimento de remédios milagrosos somados a doenças que não condizem com a realidade brasileira

Por Ana Paula Brum e Vivian Campos

“O vírus H3N2 não tem vacina, não tem cura e já matou um médico em Recife. Furar o dedo com uma agulha salva a vida de quem está tendo um AVC (derrame). Chá de erva-doce cura a gripe H1N1 e é a fórmula do Tamiflu. Comida aquecida no micro-ondas causa câncer e faz mal à saúde. Cuidado, os macacos transmitem febre amarela”. Quem acessa a internet, provavelmente, já recebeu alguma notícia como essas e, talvez, não tenha percebido que se tratava de informação incorreta pelo fato de ela ter sido enviada por familiares ou amigos de confiança.

As redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram e YouTube), bem como aplicativos de mensagem instantânea (WhatsApp, Telegram,

Snapchat e Messenger), blogs e sites de notícias são ferramentas importantes para a democratização do conhecimento. Quando pensamos na área de saúde pública, notamos o quanto a mídia pode auxiliar as pessoas, ao possibilitar a circulação de dados por um número crescente de cidadãos.

Em entrevista ao jornal *El País*, o filósofo alemão, oriundo da Escola de Frankfurt, Jürgen Habermas, explica que a internet possibilitou que milhões de pessoas tivessem acesso a informações confiáveis e opiniões fundamentadas com apenas um clique. Ele conta na entrevista que alguém com uma doença rara, por exemplo, pode entrar em contato com outra pessoa, em outro

continente, com a mesma dificuldade, e trocar experiências, conselhos e conhecimentos para se ajudarem.

Mas, por outro lado, os mesmos meios de comunicação também apresentam o potencial de facilitar e estimular a divulgação de boatos sobre doenças, o que pode gerar desinformação, causando alardes entre as pessoas. As chamadas *fake news*, termo em inglês que significa notícias falsas, não é um fenômeno novo e muito menos exclusivo do Brasil. Mas a questão, no entanto, é saber como lidar com essas informações inverídicas, que se disseminam rapidamente na sociedade.

Durante palestra do Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Informação e

Comunicação em Saúde (PPGICS)/ Ictict da Fiocruz, Igor Sacramento, na Faculdade de Farmácia da UFMG, ele comenta que os boatos sempre existiram e sempre estiveram presentes na sociedade, produzindo práticas de difamação de pessoas e promovendo desconfiança em relação às instituições. Em razão disso, as *fake news* não têm como ser combatidas ou eliminadas, porque já fazem parte da dinâmica social. “Dizer que é mentira, que é boato não funciona mais. Porque vivemos numa cultura digital, sou consumidor de informação, mas também produtor de informação”, comenta.

Ainda sobre isso, Sacramento pontua que é essencial pensar em uma comunicação mais inclusiva, em que se escute mais o que o cidadão tem a dizer, de modo que seja possível compreender os motivos que levam alguém a acreditar nas *fake news*. Ele também pondera que o problema das *fake News* não deve ser encarado como resultado de ignorância ou da falta de conhecimento das pessoas. “A questão vai além disso e envolve a desigualdade no acesso à informação. É preciso educação e uma alfabetização para a mídia, não só para os profissionais de comunicação, mas para toda a sociedade”, ressalta.

Sobre essa questão, Habermas também pondera, na entrevista ao *El País*, que após a invenção do livro impresso, que potencialmente transformou todas as pessoas em leitores, foram necessários alguns séculos até que a maioria da população aprendesse a ler. Já a internet, que nos transforma em autores e consumidores de informação, ainda não tem três décadas. “Então ainda é necessário aprender a lidar com as redes sociais de forma civilizada”, afirma.

Quem acredita em fake news?

A cultura digital possibilita que as pessoas tenham acesso a um universo de dados, que já não estão mais localizados em um único ponto. Ao contrário, estão dispersos em vários lugares, pessoas e nichos de conhecimentos. Essa nova realidade constitui o paciente digitalmente engajado, que é aquele que busca informações on-line, em várias plataformas, e muitas delas não são as cientificamente validadas.

O pesquisador Igor Sacramento diz que, a partir de seus estudos, concluiu que os principais lugares em que as pessoas buscam informações sobre saúde são o aplicativo WhatsApp e os sites Facebook e YouTube. Considerando esses dados, ele notou que muitas vezes o que faz alguém acreditar em uma informação não é necessariamente a fonte, mas quem a compartilha.

“O sentido sobre a própria saúde está baseado na experiência. As pessoas acreditam no que o grupo da família diz porque são pessoas pelas quais há afeto e confiança. A ciência já não é a fonte única da verdade. Há muita desconfiança em relação ao conhecimento científico, já que a ciência está sempre mudando. Antes, o café fazia mal para saúde. Hoje, já se fala que é saudável”, detalha. Para ele, há uma crise de confiança em relação às instituições, especialmente as públicas. Assim, as pessoas tendem a acreditar naquilo que não tenha o carimbo de institucional.

De acordo com Sacramento, a dimensão do testemunho, que é o discurso marcado pela fala de alguém que viveu a experiência, tem mais credibilidade que o discurso governamental, por exemplo. “Há um valor de verdade ao amadorismo, à realidade como ela é, e isso tem valor. Vivemos a era da pós-verdade.

Se antes se acreditava nos fatos, agora a crença está nos dogmas. Eu confio porque confio”, completou.

Movimentos antivacinação

Durante a palestra, o pesquisador Igor Sacramento comentou e apresentou alguns exemplos de grupos de antivacinação que proliferam no Brasil e no mundo. Esses grupos trabalham com a desconfiança e pela busca, por seus próprios meios, pela verdade. “Para eles, o risco é a vacina e os efeitos adversos que elas podem causar, e não o fato de não se imunizar”, exemplifica. De acordo com Sacramento, essas pessoas, muitas vezes, não são ignorantes, ou fanáticas. Pelo contrário, muitas têm formação e conhecimento e acreditam sinceramente estarem em busca da verdade. Elas justificam a sua desconfiança e a dos outros membros nas leituras de artigos e pesquisas que validam essas novas “verdades”.

A toda nova campanha de vacinação, surgem boatos acerca da eficácia das vacinas. É um movimento que vai na contramão de uma importante ação em saúde pública, que é a de aumentar os índices de imunização das pessoas. No início deste ano, a elevação de casos de febre amarela não só em Minas Gerais, como em diversos outros estados do país despertou a população para a necessidade de se vacinarem. No entanto, notícias falsas sobre as mutações que o vírus da febre amarela havia sofrido e a ineficácia da vacina fizeram com que várias pessoas procurassem outros meios de se proteger contra a doença.

Nesse momento, a própria Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), fabricante da vacina utilizada no Brasil, publicou uma nota esclarecendo os boatos. O comunicado

reforça que a instituição realizou um estudo para acompanhar possíveis mudanças genéticas no vírus da febre amarela em circulação no país e, como resultado dessa análise, foram identificadas mutações no vírus. Esses resultados foram publicados em 2017 e não há qualquer impacto dessas mutações para a eficácia da vacina.

Na ocasião, o subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) Rodrigo Said, ressaltou que a vacina contra febre amarela, segundo indicam os estudos acumulados ao longo dos anos, protege de 95% a 98% dos casos, sendo considerada altamente eficaz e segura na prevenção da transmissão do vírus. O

subsecretário reforçou ainda que Minas Gerais é área com intensa atividade de circulação do vírus da febre amarela, juntamente com uma densidade significativa dos vetores que são transmissores da doença em seu ciclo silvestre. “Isso mostra que nossa população está exposta a um risco de contrair a doença. Logo, a principal estratégia de controle continua sendo a vacinação. Diante de todos esses boatos em redes sociais, precisamos desmitificar as dúvidas sobre a vacina. Todos os documentos de instituições oficiais ligadas à saúde atestam a efetividade da vacina, reforçando-a como a principal ferramenta para controle da doença”, frisou Rodrigo Said.

Mais recentemente, diante da campanha de vacinação contra a

gripe, surgiram diversos boatos acerca do vírus. Um áudio que circulou no WhatsApp falava sobre a variação mortal do vírus da “gripe suína”, que estaria circulando em outros estados brasileiros e que a Organização Mundial da Saúde (OMS) não quer que a informação seja divulgada à população.

A diretora de Vigilância Epidemiológica da SES-MG, Janaína Fonseca Almeida, esclarece que não existe vírus novo que tenha sofrido mutações. São três os principais vírus da gripe em circulação no país: o influenza A/H1N1pdm09, A/H3N2 e influenza B. A vacina disponibilizada na rede pública na atual campanha é trivalente e protege contra esses três vírus. “Todas as informações sobre a influenza são divulgadas



COMO IDENTIFICAR NOTÍCIAS FALSAS



CONSIDERE A FONTE

Clique fora da história para investigar o site, sua missão e contato.



VERIFIQUE O AUTOR

Faça uma breve pesquisa sobre o autor. Ele é confiável? Ele existe mesmo?



VERIFIQUE A DATA

Repostar notícias antigas não significa que sejam relevantes atualmente.



É PRECONCEITO?

Avalie se seus valores próprios e crenças podem afetar seu julgamento.



LEIA MAIS

Títulos chamam a atenção para obter cliques. Qual é a história completa?



FONTES DE APOIO?

Clique nos links. Verifique se a informação oferece apoio à história.



ISSO É UMA PIADA?

Caso seja muito estranho, pode ser uma sátira. Pesquise sobre o site e o autor.



CONSULTE ESPECIALISTAS

Pergunte a um bibliotecário ou consulte um site de verificação gratuito.

de forma transparente, por meio dos boletins epidemiológicos disponíveis nos sites da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e também do Ministério da Saúde”.

Sobre boatos de que a Rede Pública de Saúde usa a vacina de 2017 e que não está atualizada com as variações de influenza que circulam neste ano no país, Janaína Fonseca ressaltou que a vacina ofertada na campanha de 2017 já foi recolhida e que as remessas do imunizante para 2018 já estão disponíveis nos postos de saúde. “É importante também desmitificar a informação de que o chá de erva-doce tem a mesma ação do Tamiflu, único medicamento antiviral disponível atualmente para tratar a gripe”, afirma a diretora. “Com base em estudos científicos de alta qualidade, o Oseltamivir (Tamiflu) é o único antiviral disponível para tratamento da gripe, agindo sobre a replicação do vírus. Não há como um chá ter a mesma ação de um medicamento sobre a doença e o vírus. O chá serve apenas como medida de hidratação, tratamento complementar nos casos de gripe”, completa. ■

Fontes da matéria:

<https://www.icict.fiocruz.br/content/febre-amarela-entre-fake-news-e-p%C3%B3s-verdades>

https://brasil.elpais.com/brasil/2018/04/25/eps/1524679056_056165.html

www.saude.mg.gov.br/febreamarela

www.saude.mg.gov.br/gripe



72 anos
ESP-MG
1946|2018



Produção de conhecimento
para o fortalecimento do SUS



QUAIS SÃO OS DESAFIOS DO SUS DIANTE DA IMIGRAÇÃO POPULACIONAL?

Gestores e profissionais de saúde precisam se qualificar para receber pessoas oriundas de países onde não há universalidade, equidade e integralidade nos serviços de saúde pública

Por Sílvia Amâncio

Nas últimas décadas, a geopolítica mundial vem forçando constantes fluxos de imigração em diversos territórios – seja por guerras civis, regimes ditatoriais, violações de direitos humanos, perda de liberdades democráticas, questões religiosas ou conflitos armados. Nesse cenário, mesmo que o Brasil esteja com visíveis instabilidades internas, ainda assim, é o único país no mundo com mais de 200 milhões de habitantes a ter um sistema universal de saúde e sendo a universalidade um dos princípios fundamentais do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, implica o acesso aos serviços de saúde de qualquer pessoa – tanto brasileiros quanto estrangeiros, que estejam em território nacional, o que constitui o país como

um destino esperançoso para imigrantes, refugiados e apátridas¹.

Mesmo sem uma base unificada de registros de imigrações, dados de 2017 do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) mostram aumento anual do

¹ O que são apátridas? Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), imigrante é uma pessoa que se desloca, em geral, de forma voluntária, de seu país de origem para outro. Refugiado é toda a pessoa que “tendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade. Já os apátridas não possuem vínculo de nacionalidade com qualquer Estado, seja porque a legislação interna não os reconhece como nacional, seja porque não há um consenso sobre qual Estado deve reconhecer sua cidadania.

número de imigrantes no país – sendo os haitianos o principal grupo, seguido pelos bolivianos, chilenos, angolanos, senegaleses e, mais recentemente, uma quantidade considerável de venezuelanos em Roraima. A predominância é de imigrantes do sexo masculino, com exceção para os chineses que em sua maioria são do sexo feminino. Os estados que mais recebem imigrantes são: São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná.

Pensando nos impactos da imigração na assistência (e em como os serviços de saúde estão se organizando

Acima, à direita: Mulheres haitianas cuidam dos filhos e procuram uma nova oportunidade de vida no Brasil.

Abaixo, à direita: Encontro “Crianças sem Fronteiras” reúne imigrantes e refugiados para um dia de lazer e confraternização em Brasília-DF.



para atender ao imigrante), em fevereiro deste ano, a coordenação do curso de especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), promoveu mais uma edição de seus já tradicionais seminários com a temática “Imigração e os Desafios para a Saúde Pública”.

A atividade que conta com a presença dos alunos da instituição, docentes, corpo técnico e de outros convidados, teve como objetivo, abordar temas de grande relevância no campo da saúde pública, saúde coletiva e do SUS, promovendo momentos de interação e conhecimento.

Segundo a coordenadora da especialização da ESP-MG, Gislene Lacerda, a temática da imigração se coloca hoje como uma discussão necessária, como um tema emergente, em uma realidade muito concreta que precisa ser conhecida e discutida no âmbito da saúde. “Os alunos do curso manifestaram um grande

interesse pelo tema imigração. Foi um momento muito produtivo para conhecer um pouco do cenário e do perfil dos imigrantes que chegam ao Brasil”, afirma.

Ela destaca ainda que o seminário também foi um momento de conhecer ações realizadas no âmbito da assistência à saúde do imigrante, em que muitos alunos da Escola já atenderam ou atendem imigrantes que buscam os serviços de saúde. “A formação de sanitaristas passa também pela capacidade de estarmos abertos e atentos à realidade que nos envolve, a imigração é hoje uma dessas realidades e muitos são os desafios. O principal deles é a comunicação, mas também questões de qualificação dos profissionais e também, mais investimentos”, lembra.

Realidade

Juliana Miranda, advogada do Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados (Centro Zanmi), explica que

o grande entrave é o acesso aos direitos e a qualificação dos profissionais de saúde para acolherem a população imigrante. “Uma das principais barreiras para o acolhimento dos imigrantes é a barreira linguística, pois o imigrante na maior parte das vezes chega sem saber falar o português, além de não haver a figura de um intérprete público nas unidades de saúde. Do outro lado, os trabalhadores do SUS farão um esforço para tentar entendê-los, seja por meio de ferramentas que possam ajudar nisso, como aplicativos de tradução. Há também o problema da documentação. O imigrante chega na unidade de saúde com uma documentação diferente do brasileiro, e muitas vezes o profissional não sabe se é válido ou não no território nacional, se o imigrante está regular ou irregular”, aponta.

Já a pedagoga Luciana Pereira Lorenzi, do Coletivo de Mulheres Migrantes (Cio da Terra), que atua

Comunidade local se une para oferecer café da manhã para imigrantes venezuelanos diariamente em Roraima.





Imigrantes venezuelanos procuram trabalho e uma oportunidade melhor de vida em Roraima, no norte do Brasil.

na Região Metropolitana de Belo Horizonte com acolhimento de mulheres de nacionalidades distintas, destaca outras barreiras como o isolamento social, a formação de guetos, isolamento afetivo, desemprego, as violências (doméstica e obstétrica) e a xenofobia². “O diálogo é importante, pois há o medo do desconhecido, do estrangeiro que é diferente, temos que romper essa barreira. A ideia é que possamos valorizar o lado humano desse espaço em detrimento dos medos, receios e barreiras que colocamos no atendimento aos usuários do SUS”, disse.

A professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Jandira Maciel, contextualiza que a imigração é

um processo importante da atividade humana, em que as pessoas sempre saíram de seus locais em busca de novas oportunidades, de conhecimento, de desenvolvimento e elenca três desafios para quem atua no SUS e com as políticas públicas de saúde.

“Primeiro, reconhecer e trazer para suas práticas de saúde a dimensão do trabalho e do processo

saúde-doença das pessoas. Segundo, é reconhecer que os processos de trabalho são atrasados, degradantes e, portanto, propiciam sofrimento, adoecimento e morte. Terceiro, o caráter análogo à escravidão em que alguns imigrantes estão no país, que impedem o crescimento material, espiritual e subjetivo dessas pessoas”, aponta. ■

VOCÊ SABIA?

Historicamente, o Brasil é signatário dos principais acordos e tratados internacionais de acolhimento a imigrantes, solidariedade entre os povos e direitos humanos, como o documento assinado em 2014, o Marco de Cooperação e Solidariedade Regional para Fortalecer a Proteção Internacional das Pessoas Refugiadas, Deslocadas e

Apátridas na América Latina e no Caribe. Assim, a qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Educação Permanente em Saúde como base, figura-se como um caminho para promover acesso dessa população aos serviços públicos de saúde e dar protagonismo às ações de planejamento e vigilância em saúde.

² Xenofobia é o medo, aversão ou a profunda antipatia em relação aos estrangeiros, à sua cultura, hábitos e religião diferente



AGENDE SUA DOAÇÃO DE SANGUE
LIGUE 155 OPÇÃO 8

MAIS INFORMAÇÕES ACESSE
www.hemominas.mg.gov.br



SECRETARIA DE
SAÚDE



HEMOMINAS INVESTE EM PESQUISA E AVANÇA NO PROGRAMA DE DOADORES RAROS

Pesquisas quer propor mais qualidade de vida para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)

Por Junia Brasil e Heloísa Machado

Há mais de uma década, pesquisadores da **Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)** têm desenvolvido projetos de pesquisa nas áreas de genética de grupos sanguíneos. Entre os objetivos dos estudos, estão os de resolver questões práticas do banco de sangue, como os testes moleculares para tipagem de grupos sanguíneos. Segundo a pesquisadora e gerente de Desenvolvimento Técnico-Científico da Hemominas, Marina Lobato Martins, tais estudos vêm sendo feitos desde 2006 e representam um avanço importante para o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, com impacto direto na melhoria da segurança transfusional.

O projeto mais recente, “Análise

de doadores de sangue para a identificação de variantes raras”, coordenado pela pesquisadora da Fundação Hemominas, Maria Clara Fernandes da Silva Malta, nasceu da necessidade de aperfeiçoar estratégias para identificar doadores aptos a atenderem especificidades transfusionais de pacientes portadores de fenótipos raros. Por meio do estudo foi possível padronizar reações sensíveis e reprodutíveis para a identificação de doadores portadores de variantes raras. Dessa forma, já foram identificados indivíduos que passaram a integrar o cadastro de doadores raros da instituição.

Financiado pela **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig)**, por

meio dos editais Universal (APQ-00424-16) e **Bolsas de Incentivo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Tecnológico (BIPDT)**, o projeto conta com o apoio da **Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)** e também está inserido na **Rede Mineira de Genômica Populacional e Medicina de Precisão** (Edital Fapemig RED-00314-16), o que deixa a equipe de pesquisadores ainda mais otimista. “Com esse apoio adicional, o projeto poderá ser ampliado, incluindo um maior número de fenótipos raros e triando um maior número de doadores”, destaca Maria Clara.

Complexidade

A identificação de doadores de sangue compatíveis para pacientes



com fenótipos raros não é uma tarefa simples. Isso porque os reagentes necessários para os testes de fenotipagem apresentam um alto custo e nem sempre podem ser disponibilizados. Por isso, os testes de biologia molecular são muito úteis, pois permitem a inferência dos fenótipos com base nos dados de genotipagem. “A utilização da genotipagem para identificar esses doadores é reconhecidamente adequada e já é empregada em hemocentros de diversos países, possibilitando o fornecimento de sangue à população”, diz Maria Clara. Nesse sentido, ela ressalta a necessidade de adotar estratégias eficazes, tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista econômico, “uma

vez que, atualmente, é necessário avaliar um grande número de amostras para se identificar um único doador raro”.

Os fenótipos eritrocitários raros são caracterizados pela ausência, na superfície das hemácias, de um antígeno de alta frequência na população ou a ausência simultânea de vários antígenos, que formam uma combinação rara. Em certos casos, esses fenótipos podem estar presentes em apenas um dentre milhares de indivíduos. São exemplos de fenótipos eritrocitários raros: “Bombay”, “Rh null”, “Holley negativo” e “U negativo”. “Como os hemocomponentes compatíveis para pacientes com fenótipos raros não

estão disponíveis nos estoques dos hemocentros, é preciso convocar os doadores previamente incluídos nos bancos de dados para que retornem ao Hemocentro e realizem a doação ou utilizar bolsas de hemocomponentes congelados para atender a esses pacientes”, destaca a pesquisadora.

Integração

Na Fundação Hemominas, a implantação do **Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio)** configura um importante passo no tratamento de diversas enfermidades no estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A estrutura técnica do Cetebio prevê a integração de seis bancos

de sangue e de tecidos, sendo um deles o Banco de Sangues Raros (BSR), cujo objetivo é estabelecer estoque de hemocomponentes com fenótipos raros, possibilitando sua rápida disponibilização.

A constituição deste estoque é de grande relevância em situações em que há necessidade de transfusão de várias bolsas de concentrado de hemácias em curtos períodos de tempo, como nos casos de hemorragias ou transplantes. Para isso, o Cetebio realizará a criopreservação de hemocomponentes, o que permitirá sua armazenagem por longos períodos e disponibilização, tão logo exista a demanda.

Segundo a responsável técnica pelos Bancos de Medula Óssea e de Sangue de Cordão Umbilical e

Placentário do Cetebio, Karen de Lima Prata, “com a constituição do Banco de Sangues Raros do Cetebio da Fundação Hemominas será possível agilizar o atendimento aos pacientes que demandam transfusão de tipos raros de sangue, reduzindo a morbimortalidade, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e aumentando a rotatividade dos leitos”.

Atualmente, a Fundação Hemominas atende as transfusões de sangue raro por meio do recrutamento de doadores de sangue previamente cadastrados. A identificação dos doadores de sangue raro é possível graças ao trabalho de rotina da **Central de Imuno-Hematologia (CIH)** e também por meio de resultados de projetos de pesquisa.

Resultados

A identificação dos doadores de sangue com fenótipos raros é uma etapa que precede tanto a formação de um cadastro de doadores raros quanto o congelamento de hemocomponentes. Por isso, a **Fundação Hemominas** tem investido no desenvolvimento de estratégias para a identificação deles. Os resultados desses esforços são traduzidos no atendimento à população. “Dentre os doadores com fenótipos raros já identificados na Hemominas, podemos destacar os portadores dos fenótipos Rh null, Bombay e U-negativo”, comemora a coordenadora da Central de Imuno-Hematologia (CIH), Luciana Cayres Schmidt.

Os doadores raros cadastrados na Fundação Hemominas são



importantes para o atendimento tanto da população de Minas Gerais quanto de outras regiões do Brasil. Recentemente, a Fundação forneceu a primeira bolsa de sangue com o fenótipo raro Holley-negativo do Brasil, sendo que o doador foi identificado em Minas Gerais e a bolsa transfundida em São Paulo. “Esses resultados dão visibilidade ao trabalho realizado na Fundação Hemominas e trazem reconhecimento por parte da população ao relevante trabalho realizado na instituição, além de divulgar os projetos de pesquisa e as inovações produzidas”, reitera Luciana. ■



SISTEMAS DE GRUPOS SANGÜÍNEOS E COMPATIBILIZAÇÃO

1 Os sistemas de grupos sanguíneos são constituídos por conjuntos de antígenos localizados na superfície das hemácias. Esses antígenos podem apresentar variações entre as pessoas, as quais são **geneticamente herdadas**.



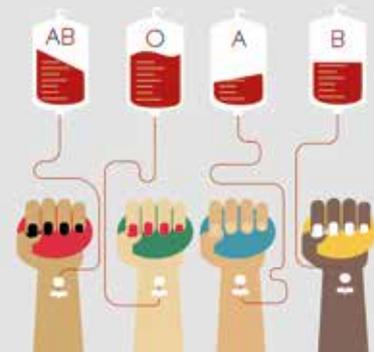
Sistemas de grupos sanguíneos & compatibilização



2 Após uma transfusão sanguínea, os antígenos podem ser reconhecidos pelo sistema imune do receptor como substâncias não próprias, o que poderá levar a produção de anticorpos contra esses antígenos, em um processo chamado **aloimunização**. As principais consequências da **aloimunização** são as **reações transfusionais** e a **doença hemolítica perinatal**.

4 Pacientes que recebem transfusão com frequência necessitam de um maior cuidado. Para ele, é importante que se compatibilize outros antígenos de **diferentes sistemas** (por exemplo: Kell, Duffy Kidd, dentre outros) para evitar a ocorrência de reações pós-transfusionais. Alguns pacientes são portadores de fenótipos raros ou incomuns e apresentam necessidades hemoterápicas mais específicas.

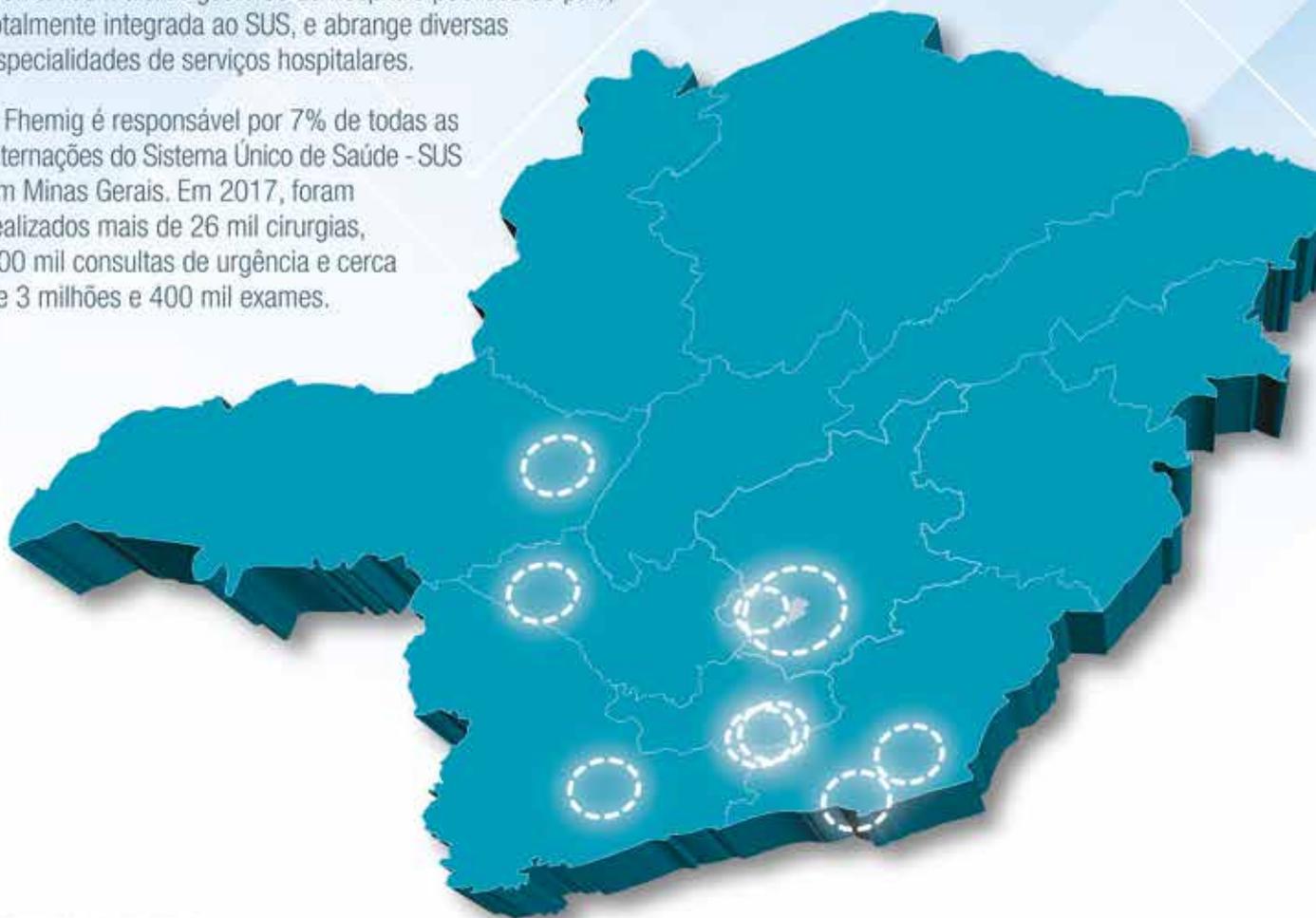
3 Atualmente são reconhecidos pela **ISBT (International Society of Blood Transfusion)** 36 sistemas de grupos sanguíneos. O sistema **ABO** é o mais conhecido e também o mais relevante para a medicina transfusional. Para garantir a segurança da maior parte dos pacientes que necessitam de transfusão sanguínea, é suficiente a **compatibilização dos antígenos do sistema ABO e do antígeno RhD do sistema Rh**. Sendo assim, segundo a legislação brasileira, a **classificação ABO/RhD é obrigatória** para todos os doadores de sangue, sendo sistematicamente repetida a cada doação.



Cuidando da saúde dos mineiros.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país, totalmente integrada ao SUS, e abrange diversas especialidades de serviços hospitalares.

A Fhemig é responsável por 7% de todas as internações do Sistema Único de Saúde - SUS em Minas Gerais. Em 2017, foram realizados mais de 26 mil cirurgias, 300 mil consultas de urgência e cerca de 3 milhões e 400 mil exames.



CONHEÇA A FHEMIG

COMPLEXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Hospital João XXIII - Belo Horizonte
Unidade Ortopédica Galba Veloso - Belo Horizonte
Hospital Maria Amélia Lins - Belo Horizonte
Hospital Cristiano Machado - Sabará
Hospital Infantil João Paulo II - Belo Horizonte

COMPLEXO DE ESPECIALIDADES

Maternidade Odete Valadares - Belo Horizonte
Hospital Alberto Cavalcanti - Belo Horizonte
Hospital Eduardo de Menezes - Belo Horizonte

COMPLEXO DE HOSPITAIS GERAIS

Hospital Júlia Kubitschek - Belo Horizonte
Hospital Regional Antônio Dias - Patos de Minas
Hospital Regional João Penido - Juiz de Fora
Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - Barbacena

COMPLEXO DE REABILITAÇÃO E CUIDADO AO IDOSO

Casa de Saúde São Francisco de Assis - Bambuí
Casa de Saúde Santa Izabel - Betim
Casa de Saúde Santa Fé - Três Corações
Casa de Saúde Padre Damiano - Ubatuba

COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena - Barbacena
Hospital Galba Veloso - Belo Horizonte
Centro Mineiro de Toxicomania - Belo Horizonte
Instituto Raul Soares - Belo Horizonte
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - Belo Horizonte

COMPLEXO MG TRANSPLANTES

MG Transplantes - Belo Horizonte

HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II É REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO A DIABETES INFANTIL

Doença crônica necessita de acompanhamento periódico para o êxito do controle e tratamento. Além disso, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a pessoa com diabetes consegue medicamentos e insumos de forma gratuita

Por Michelle Guirlanda

“Quando ele era bebê, eu achava suas mãozinhas muito ressecadas. E sempre ficava preocupada com a quantidade de água que ele bebia e, ao mesmo tempo, com as idas incessantes ao banheiro. Um dia, enquanto ele estava dormindo, reparei que ainda assim meu filho estava muito cansado, ao ponto de me deixar nervosa. Aquilo não podia ser normal. No caminho até o hospital, ele chegou a desmaiar. Os médicos descobriram que a glicemia estava altíssima, e eu nem podia imaginar que ele era diabético”. O depoimento da mãe de Richard, Shirlei das Neves Faria Costa, mostra como são simples e, ao mesmo tempo, quase imperceptíveis os sintomas do diabetes tipo 1, doença crônica que pode se manifestar em qualquer fase da vida, mas é mais comum de ser diagnosticada em crianças e adolescentes.

Richard descobriu ser diabético aos 9 anos, após uma crise de cetoacidose, um desequilíbrio por causa da falta da insulina no organismo. Hoje, aos 16 anos, lembra que no início ele tinha muita vergonha dos coleguinhas na escola. “Eu aprendi a me aplicar insulina em poucos meses, no treinamento que recebi aqui. Mas ia escondido no banheiro da escola, pra ninguém me ver. Com o tempo, fui me acostumando e vi que não era nenhum ‘bicho de sete cabeças’. Estou muito tranquilo agora”, conta o adolescente.

Richard e sua mãe, que moram em Ribeirão das Neves, vêm sempre às consultas e ao acompanhamento multidisciplinar oferecidos pelo Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), da Rede Fhemig. O HIJPII segue um protocolo clínico

específico para esses casos, a Linha de Cuidado de Diabetes na Infância, dentro do perfil da unidade, que é especializada em doenças graves e complexas. A equipe multidisciplinar inclui endocrinologista pediatra, nutricionista, enfermeiros, psicólogo, farmacêutico, hebiatra e suporte técnico da assistente social.

Atualmente, cerca de 300 crianças e adolescentes diabéticos estão em acompanhamento ambulatorial no HIJPII, o que o torna referência para urgências e internações para o Sistema Único de Saúde (SUS) no estado e um dos maiores serviços (em número de internações) no país. Em média, são realizadas quatro consultas agendadas ao longo do ano, mas os usuários podem ser atendidos a qualquer momento em que for necessário.

Diabetes tipo 1

O diabetes tipo 1 é uma doença crônica, multifatorial e autoimune. Por ser autoimune, o sistema da criança não reconhece as células beta do pâncreas como próprias; essas células são responsáveis pela produção e secreção da insulina. Não sendo reconhecidas, são destruídas pelo sistema de defesa do corpo. Com isso, o pâncreas perde a capacidade de produzir a insulina, um hormônio essencial à vida, que tem o papel de transportar e controlar o açúcar para dentro das células, onde será transformado em energia. Por isso, o tratamento tem como base a reposição de insulina.

Não existe prevenção para o diabetes tipo 1. Se a criança nasce com as mutações genéticas, em algum momento de sua vida, a doença vai se manifestar. Mas, embora seja genética, não é regra que os pais ou outros parentes tenham diabetes. “O que temos percebido é que vários fatores podem acelerar esse processo e a doença pode começar mais cedo. Porém, o diabetes pode até ser adiado com a adoção de hábitos mais saudáveis, mas não evitado”, explica o gerente assistencial do HIJPII e endocrinologista pediátrico, Cristiano Túlio Maciel Albuquerque.

Esse tipo de diabetes se manifesta mais em crianças e adolescentes. A autoimunidade já existe desde o nascimento, mas os sintomas se aceleram com infecções, doenças gastrointestinais e até mesmo com a ingestão de leite de vaca e alguns alimentos industrializados. Ao contrário do diabetes tipo 2, o consumo de doces não causa essa variação da doença.

Porém, antes de ser detectada, a doença pode causar quadros graves e agudos. Geralmente, as crianças chegam ao hospital bem graves, e algumas até precisam ser internadas



no CTI, correndo risco de morte. Os sintomas são claros para os profissionais de saúde, mas podem passar imperceptíveis para os pais, que demoram a reconhecê-los e, conseqüentemente, a buscar assistência médica. A maioria dos casos é descoberta em atendimentos de urgência e, como o Hospital Infantil

João Paulo II é o maior pronto-socorro pediátrico público do estado, recebe a maioria desses casos.

Sintomas a serem observados

O médico explica a importância de os pais ficarem atentos aos sintomas clássicos. Quando se agravam, os pacientes podem chegar,



em poucas semanas, ao coma. “Chamamos de 3P: a poliúria (excesso de xixi), a polidipsia (excesso de sede) e a perda de peso”, ensina o pediatra.

O aumento da urina, por exemplo, não é discreto: nas crianças que usam fraldas, elas precisam ser trocadas em menos de uma hora, continuamente. As maiores acabam urinando na roupa, ou na cama, e acordam muito à noite para ir ao

banheiro. Isso é uma mudança repentina, ou seja, a criança passa a urinar muito mais do que o habitual. E, geralmente, essa urina tem açúcar; não dá para ver, mas é fácil constatar, já que atrai formigas para o banheiro ou para as fraldas descartadas.

A sede intensa também é um sintoma importante. Em bebês, ela se manifesta pelo choro constante e a criança se acalma bastante quando

lhe oferecem água. O diabetes aumenta ainda o apetite e, contraditoriamente, a criança perde peso rapidamente, acima de 1 kg por semana.

Tratamento pela rede pública

Albuquerque lembra que, apesar de ser razoavelmente caro, todo o material básico para o tratamento é disponibilizado pelo SUS: insulina (de ação lenta ou rápida), seringas e agulhas, fitas e aparelho para medir a glicose. Os pacientes são treinados, assim como seus pais, a calcular a dose necessária por vez que aferirem sua glicose (quatro vezes ao dia). O tratamento é por toda a vida. A interrupção ou falta de insumos pode acarretar consequências, como complicações crônicas ou agudas ao paciente.

O tratamento para crianças e adolescentes diabéticos busca favorecer uma vida normal – afastando inclusive os problemas emocionais –, evitar complicações agudas e prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas. Estudos ainda apontam que o tratamento precoce da criança com diabetes impedindo dificuldades de aprendizagem.

O diabetes é uma das principais causas de casos de insuficiência renal, amputação de membros, cegueiras e doenças cardiovasculares (infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais – AVC). Porém, essas complicações somente surgem quando o diabético não segue corretamente o tratamento e as orientações médicas e da equipe multidisciplinar.

Após a alta, as crianças passam a ser acompanhadas na Unidade de Doenças Complexas (UDC) do Hospital Infantil, que também dispõe de equipe multidisciplinar. Como o HIJPII está integrado à rede do SUS estadual, também são

An infographic with a red background and a blue bottom section. It features a cartoon illustration of a young boy with brown hair and a green shirt. A large white exclamation mark is on the left. A white circle contains the text 'SINTOMAS DIABETES INFANTIL'. Below the boy, there is a text box with a title and a list of symptoms.

SINTOMAS DIABETES INFANTIL

A atenção é fundamental para identificar precocemente e evitar um quadro de urgência.

- Vontade de urinar frequentemente
- Sede em excesso
- Perda de peso



atendidos casos encaminhados dos postos de saúde por meio da Central de Marcação de Consultas.

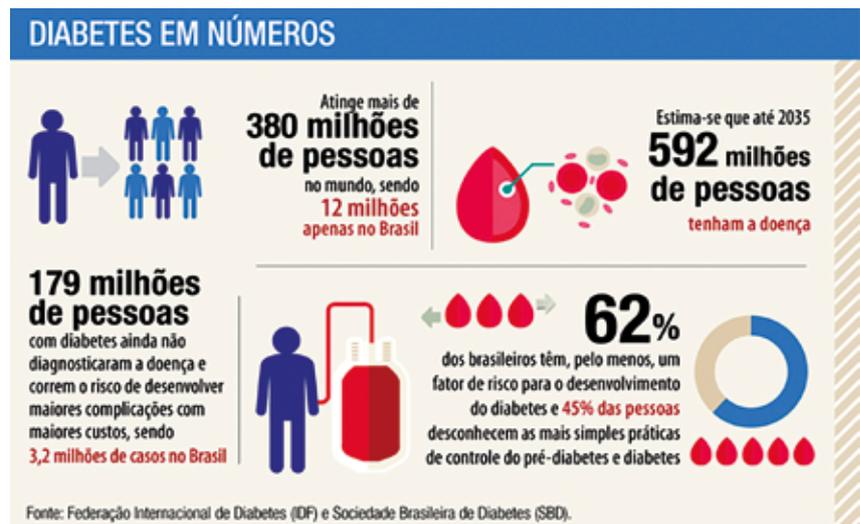
“Apesar de não ter cura, o diabetes tipo 1 não é uma doença incapacitante. Se o paciente tiver disciplina, estiver controlado e seguir à risca as orientações médicas, tem uma vida normal: pode estudar, praticar atividades físicas e se alimentar com pouquíssimas restrições”, conclui o médico.

Diabetes em números

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) estimam que a doença atinja, atualmente, mais de 380 milhões de pessoas em todos os países, sendo 12 milhões apenas no Brasil. Uma projeção revela que até o ano 2035 o número mundial pode chegar a 592 milhões de diabéticos. Por ano, 440 mil crianças (até 14 anos de idade) desenvolvem o diabetes em todo o mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) levantou que, na década de 1990, uma em cada 15 mil crianças tinha diabetes. Em 2015, essa proporção era de uma para cada 8 mil crianças. Dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dos de Informações Hospitalares (SIH), do Ministério da

Saúde, indicam que, em média, são cerca de 60 mortes de crianças por ano e 8 mil internações decorrentes do diabetes. O avanço das doenças crônicas no país preocupa, já que são consideradas um problema de saúde pública, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo a OMS. ■



FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

A Funed afirma seu compromisso de manter-se como uma instituição pioneira em pesquisa, inovação científica e desenvolvimento tecnológico, sendo referência em vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, na produção de medicamentos e no cuidado com a saúde pública.

Conheça mais:

www.funed.mg.gov.br

Acesse nossas redes sociais:



fb.com/funedMG



instagram.com/funedMG



twitter.com/funedMG



youtube.com/ACSfuned

UM NOVO TEMPO PARA A PRODUÇÃO E USO TALIDOMIDA

A Fundação Ezequiel Dias (FUNED) é a única a produzir o medicamento no Brasil, distribuído apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e usado em tratamentos como o da hanseníase, do lúpus, do mieloma múltiplo, entre outros

Por Vivian Teixeira

As histórias de um voluntário carioca, de uma conselheira piauiense, de um pesquisador e de um médico mineiro têm um ponto em comum: em algum momento da vida eles recorreram à talidomida, cada um com um objetivo bem específico. O medicamento é um imunomodulador – uma substância que potencializa ou suprime elementos do sistema imunológico e que ainda não possui mecanismo de ação completamente compreendido.

O remédio é produzido desde 1973, exclusivamente em Minas Gerais pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), que direciona a produção para programas estratégicos de saúde pública do Ministério da Saúde. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 22 de março de 2011, estabelece controle sobre todas as atividades que envolvam a substância talidomida e os medicamentos

que a contenham, regulamentando que a produção da Fundação seja exclusiva para o Governo Federal. Dessa forma, o medicamento é entregue, gratuitamente, apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A talidomida foi originalmente desenvolvida na Alemanha, em 1954, mas nessa época era usada apenas como sedativo e antiemético. A comercialização do produto começou em 1957, mas em 1961, o medicamento foi retirado do mercado após serem constatadas diversas reações adversas após o uso da substância.

Casos de focomelia – síndrome caracterizada pela aproximação ou encurtamento dos membros junto ao tronco do feto –, má-formações, problemas visuais, auditivos, cardíacos, da coluna vertebral e, em casos mais raros, do tubo digestivo foram notificados e relacionados ao uso da talidomida durante o

primeiro trimestre da gestação. O medicamento foi diretamente associado aos problemas que pode causar e virou até nome de síndrome, a Síndrome da Talidomida.

Apesar da precaução em torno da medicação, em 1965, foi notificado o efeito benéfico da substância, que poderia ser usada para combater os efeitos reacionais da hanseníase, doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, que foi identificada em 1873.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a doença atingiu 28.761 pessoas no Brasil em 2015. O órgão sinalizou queda de 39,7% da taxa de detecção geral do país, que passou de 23,37 por 100 mil habitantes em 2006, para 14,07 por 100 mil habitantes em 2015. Entretanto, os dados epidemiológicos denunciam a persistência das



mazelas sociais do Brasil, pois o país é o segundo no mundo em casos da doença, superado apenas pela Índia.

É nesse contexto que o primeiro personagem dessa história aparece: Célio Marques, carioca, 53 anos. Célio foi diagnosticado com hanseníase na metade dos anos 1980, quando o estigma em relação à doença ainda denotava um prognóstico de morte e muita dor. “Eu tinha 20 anos, trabalhava na construção civil e comecei a sentir dores nas articulações. Fui diagnosticado, mas ficou claro que nem as equipes de saúde estavam preparadas para falar sobre a doença. Fui atendido por um médico que disse que não havia expectativa de vida, pediu

para eu não entrar no consultório e manteve o ventilador ligado em suas costas”, conta Célio.

Além dos impactos físicos da doença, Célio precisou driblar uma forte depressão que fez com que ele quase desistisse da vida. Em uma das fases agudas da hanseníase, precisou usar a talidomida, pois outros remédios não surtiram efeito. O medicamento já foi recomendado em diversas dosagens e em diferentes períodos. Na época do tratamento, ele chegou a usá-lo por dois anos. “Foi por meio da medicação que eu consegui reduzir um pouco as dores nas articulações e desenvolver outras atividades, já que fui aposentado por invalidez”, recorda.

Também foi nesse período que Célio conheceu o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase (Morhan), organização sem fins lucrativos que está presente em todo o Brasil. O voluntariado foi o caminho que o carioca escolheu para recontar a própria história e aliviar a trajetória de outras pessoas que passaram pelo mesmo problema. “Hoje, sou um dos atendentes do Telehansen (08000.262.001) e consigo tirar dúvidas sobre acesso à medicação, legislação e sobre a própria doença. Às vezes, as pessoas se sentem mais à vontade para ligar nesse número do que para perguntar aos agentes de saúde”, acredita Célio.



O Morhan também foi o Movimento que ajudou Francilene Carvalho de Mesquita, 40 anos, natural de Barras, pequena cidade localizada no interior do Piauí. E foi justamente ligando no 0800 do Movimento que ela conseguiu apoio depois de ser diagnosticada em 2006. Apesar de seu diagnóstico ter chegado 20 anos depois do de Célio, ela encontrou as mesmas barreiras que o carioca: preconceito e falta de informação. “Contraí hanseníase em algum tempo e lugar, tratei e hoje estou curada. Erguer a cabeça e dizer isso à sociedade não é uma tarefa fácil, pois mesmo curada alguns demonstraram alguma forma de preconceito”, relata

Francilene, que hoje faz parte do Conselho Estadual de Saúde do Piauí, onde coordena a Comissão de Hanseníase.

Na época do diagnóstico, Francilene tinha duas filhas, trabalhava como doméstica e se viu diante do desafio de ter que parar de trabalhar para seguir o tratamento em casa. O tratamento com a talidomida foi feito em 2008, quando a doença apresentou sua forma reacional – quadros agudos, que ocorrem de modo súbito, interrompendo a evolução crônica da hanseníase; são caracterizados, geralmente, por exacerbada reação inflamatória, localizada ou sistêmica, que pode ser acompanhada de comprometimento de nervos

periféricos, resultando em manifestação de dor acentuada, que requer cuidados especiais. No mesmo período, uma de suas filhas também foi diagnosticada e Francilene ainda teve que lidar com a culpa de ter transmitido a doença para a menina.

Foram tempos difíceis que foram superados. Hoje, Francilene se considera militante do Morhan e atua no Piauí com outros voluntários, realizando visitas domiciliares a pacientes em tratamento e tentando conscientizar as pessoas de que a hanseníase é uma doença como outra qualquer, que não tem por que se esconder ou ter medo. “Quando digo que já tive a doença, as pessoas se surpreendem e não



acreditam, pois, aparentemente, não tenho sequelas visíveis. Elas começam a encarar a doença e as pessoas, pois o nosso medo é o medo do outro”, afirma. Ela acredita que as pessoas se afastam por pura falta de informação e que esta informação precisa ser disseminada na mídia. “Necessitamos atuar mais em campanhas socioeducativas de promoção e prevenção em saúde e dizer ainda que o tratamento é 100% SUS, seja o paciente rico, pobre, negro, branco”, completa Francilene.

Possibilidades de tratamento

Foi justamente trabalhando na FUNED que o farmacêutico Bruno Pereira começou a pensar novas aplicações para a talidomida.

O pesquisador já acompanhava o rigoroso processo de produção do medicamento na instituição e resolveu testar uma formulação polimérica, biodegradável, capaz de liberar uma dose efetiva do medicamento em um local específico do organismo. A ideia é propor uma inovação no tratamento de câncer por meio da talidomida. Inicialmente, foram feitos testes com a liberação localizada de talidomida pelo implante polimérico em um modelo de câncer de mama em camundongos, mas já foi sugerida aplicação para tratar outros tipos de câncer, reduzindo potencialmente os efeitos adversos, alguns deles graves.

Os implantes realizados por Bruno são compostos pelo polímero

PLGA, que é biodegradável, e assim são absorvidos pelo organismo com o passar do tempo. O implante libera a talidomida no local específico, produzindo o efeito esperado e diminuindo, assim, o potencial de efeitos adversos sistêmicos. “Nós passamos por uma série de etapas, até ela ser aplicada em um modelo animal, em que foi demonstrado que o tumor nesse modelo animal teve uma redução de 47% de volume em relação a outro grupo que não foi tratado com o implante”, afirma o Bruno. Segundo ele, agora será testado em outro modelo de câncer para gerar mais evidências de eficácia e segurança.

O medicamento também faz parte das opções de tratamento propostas pelo médico reumatologista Boris Cruz, especificamente no tratamento do lúpus – doença autoimune, em que, por motivos desconhecidos, o sistema imunológico passa a atacar partes do próprio organismo, levando à inflamação desses órgãos e a sua disfunção. No caso do lúpus, o especialista explica que os órgãos mais acometidos são a pele, com manchas caracteristicamente vermelhas e em locais expostos à luz (face, colo, braços); as articulações, com dores e inchaço; e órgãos internos como rins, sistema respiratório, coração ou sistema nervoso. “A doença é muito variável em sua apresentação clínica, desde casos leves com poucas lesões até casos mais graves, com insuficiência renal ou coma”, detalha o médico.

A Portaria nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, do Ministério da Saúde recomenda o uso da talidomida nos pacientes com lúpus discoide. O médico explica que o lúpus discoide é uma forma mais intensa de inflamação da pele, que pode não responder a outros tratamentos. “Existem vários tratamentos para o

lúpus e suas diversas manifestações, incluindo sintomas de pele. De uma maneira geral, principalmente em mulheres em idade fértil, evitamos o uso da talidomida. No entanto, em casos refratários, pode ser necessário usar este medicamento. Para tal, existe protocolo rigoroso de prevenção de gravidez com o uso de ao menos dois métodos contraceptivos, esclarecimento através de consentimento e controle na distribuição do medicamento”, ressalta Boris.

O reumatologista explica que, usualmente, adiciona-se a talidomida ao tratamento que o paciente já vem fazendo. A dose inicial é de 100 mg/dia e pode ser aumentada para até 300 mg/dia, de acordo com necessidade e tolerância do paciente. Deve-se tentar reduzir e suspender o medicamento após a melhora dos sintomas, o que usualmente acontece de um a dois anos. “Há que se monitorarem efeitos adversos, como queixas gastrointestinais, alterações do fígado e, peculiarmente, polineuropatia sensitiva, que pode provocar queimação ou dormência nas mãos e pés”, assevera o médico, acrescentando que, em casos especiais, a talidomida pode ser de valia, desde que sejam respeitados todos os procedimentos de prevenção de gravidez, distribuição e controle do uso do medicamento.

Além dessas aplicações, a talidomida também é recomendada em alguns casos de úlceras aftoides idiopáticas, comuns em pacientes portadores de HIV/AIDS que não respondem a outros medicamentos. E em outras doenças crônico-degenerativas, como doença enxerto contra hospedeiro e mieloma múltiplo refratário à quimioterapia; e também em casos da síndrome mielodisplásica, que corresponde a um grupo de tumores das células

sanguíneas formadoras da medula óssea, caracterizada por um aumento na quantidade das células imaturas, que podem se deslocar para baço e fígado, gerando produção de células sanguíneas ineficientes e anormais (anemia, leucopenia ou trombocitopenia).

Para a farmacêutica responsável pela produção de medicamentos na FUNED e coordenadora do Serviço de Produção Unidade III, Juliana Souki Diniz, todas essas possibilidades em torno da talidomida mostram o valor público deste medicamento. “A talidomida é um dos exemplos do cumprimento do

papel da Funed enquanto laboratório farmacêutico oficial produtor de medicamentos dentro do SUS e da relevância de sua função social. Seguimos procedimentos rigorosos na cadeia de fabricação para o controle sanitário dos riscos em torno da talidomida. A Divisão de Produção Farmacêutica possui a área fabril certificada em Boas Práticas de Fabricação pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Um trabalho multidisciplinar é realizado diariamente para a manutenção de seu registro e da qualidade de cada comprimido entregue à população”, afirma Juliana. ■



Rede Mineira de Comunicação Científica – RMCC

Estruturas de Comunicação Pública da Ciência, Tecnologia e Inovação de Minas Gerais, com o objetivo de promover e difundir a cultura científica para fortalecer o acesso à Ciência, à Tecnologia e à Inovação como direito primordial à cidadania, entendendo Comunicação Pública da Ciência como a informação voltada ao público não especializado



Rede Mineira de
Comunicação Científica

A RMCC é formada por 17 instituições:

- Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG)
- Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais (EPAMIG)
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)
- Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (Hemominas)
- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de MG (FAPEMIG)
- Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep)
- Fundação Ezequiel Dias (Funed)
- Pontifícia Universidade Católica (PUC Minas)
- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior – SEDECTES
- Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)
- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)
- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
- Universidade Federal de Lavras (UFLA)
- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
- Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)
- Universidade Federal de Uberaba (UFU)
- Universidade Federal de Viçosa (UFV)



PERIÓDICOS DE MINAS

A Política de Periódicos para Minas Gerais é uma iniciativa da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), com apoio da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa Política está fundamentada em um conjunto de sete ações, independentes e complementares, todas elas visando a inclusão e a excelência dos periódicos mineiros.

O Portal Periódicos de Minas é uma das ações da Política, sendo uma plataforma de acesso aberto na qual é possível consultar quase 400 revistas científicas sediadas em Minas Gerais, além de divulgar várias informações como aspectos relativos aos periódicos e eventos promovidos pelo Portal.

www.periodicosdeminas.ufmg.br

Financiamento:



Apoio: U F **m** G

PALESTRA MAGNA . I SEMINÁRIO MINEIRO DE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE*

Clênio Jair Schulze

Juiz Federal

Boa noite a todos!
Quero renovar aqui meu agradecimento pelo convite, dizer da minha alegria e da minha honra de participar desse evento, especialmente considerando este local aqui, extremamente aprazível, e dizer que, para mim, portanto, é uma alegria e uma honra muito grande fazer essa conversa inicial desse evento.

Agradeço a toda a organização, representada pela Poliana, pelo Lisandro, pela Whanda; cumprimento todos os atores do sistema de saúde aqui presentes, gestores e sociedade em geral, e meu amigo desembargador Renato Dresch, por quem tenho uma profunda admiração, pelo trabalho que vem desempenhando não só aqui no estado, mas no Brasil, nesse tema que trata da judicialização.

A minha abordagem, considerando o início desse evento, é fazer uma análise geral sobre aspectos que tocam esse fenômeno da judicialização, e vou iniciar a intervenção trazendo duas premissas que vão nortear aquilo que se chama de judicialização da saúde.

A premissa número um reside no fato de que no mundo, especialmente nos países democráticos, assentou-se, a partir dos últimos 40, 50 anos, a ideia de que esses países democráticos só iriam se sustentar se a base principal sobre a qual eles se sustentassem fosse a constituição de um catálogo de direitos fundamentais. E isso transformou-se na chamada “era dos direitos” e possivelmente o livro que vai materializar e concretizar esse modelo de era dos direitos é o texto de Norberto Bobbio, jurista italiano que construiu uma base teórica assentada na ideia de direitos e que se propagou por todos os países democráticos do mundo ocidental, em especial nos países europeus Portugal, Espanha e Itália. Isso porque são os países dos quais o Brasil se utilizou para construir esse modelo estabelecido na Constituição de 1988, que é uma Constituição que consagra uma série de direitos fundamentais.

* Este texto contém a transcrição integral da palestra magna proferida pelo Juiz Federal Clênio Jair Schulze, na abertura do I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde, no dia 02 de abril de 2018, no Grande Teatro Palácio das Artes.

Então, a premissa inicial reside nisso: nós vivemos ou vivíamos aquilo que se chamava e que se batizou de “era dos direitos”. Contudo, a partir dos últimos dez anos, em especial em 2018, nós vivenciamos o início da deflagração de uma crise financeira mundial que levou a um modelo de crise sanitária – e me parece que essa é a expressão adequada que representa, no mundo, essa crise pela qual passa o sistema de saúde não apenas do Brasil, mas do sistema de saúde de todos esses países ocidentais democráticos dos quais o Brasil se utilizou como exemplo.

Klaus Schwab, na abertura do Fórum Econômico Mundial de 2018, disse que “o mundo está fraturado e que vivemos um vazio social”. Essas palavras foram emitidas nesse evento que consagra e que reúne as pessoas mais influentes e mais poderosas do mundo, e demonstram a superação nesses últimos dez anos da era dos direitos. É uma manifestação a indicar que possivelmente essa era dos direitos ainda não se concretizou.

Pois bem, a partir do ano passado, o mundo voltou a crescer. Projeta-se, inclusive, para esse ano de 2018, que o Brasil cresça aproximadamente 3%. Então já há, a partir dessa crise financeira mundial, uma tendência e uma projeção de que o mundo volte a crescer. Todos os países da Europa voltaram a crescer, e o que menos cresceu no ano passado foi a Itália, que cresceu aproximadamente 1,5%. Então, aquilo que se denominou crise sanitária do mundo, tendencialmente, tem possibilidade de redução, e de nós não mais falarmos sobre ela nos próximos anos.

Se nós temos uma crise sanitária no mundo e o Brasil vai junto com essa crise sanitária, vamos chegar numa segunda premissa desta minha intervenção, que é aquela que se denomina no mundo inflação judiciária; significa que se há uma crise na era dos direitos, e é preciso que alguém seja acionado para tentar evitar que esses direitos que foram prometidos sejam efetivamente consagrados. E isso eclodiu em milhares de processos judiciais não apenas no Brasil, mas no mundo inteiro,

causando, portanto, aquilo que se chama inflação judiciária, uma judicialização da vida, uma judicialização da saúde, e, portanto, chamou o Poder Judiciário para apresentar uma resposta. O papel, portanto, é saber se o Poder Judiciário tem condições adequadas de apresentar uma resposta adequada a esse fenômeno da judicialização.

Só para que se possa orientar e nortear essa ideia de que a crise sanitária se instaurou nos últimos dez anos: no ano passado, foi publicada uma obra chamada *A era dos não direitos* – esse é um livro cujo autor é italiano, Alfonso Celotto (o Norberto Bobbio foi o autor que inaugurou essa era dos direitos). A “era dos não direitos” representa exatamente esse cenário que nós vivenciamos nos últimos dez anos. Se formos perguntar para o cidadão italiano, o cidadão português, o cidadão espanhol ou o cidadão brasileiro, ele vai demonstrar inconformismo muito grande com todas as políticas públicas, e em especial, com políticas de saúde. Isso é a demonstração de que, no mundo, nós vivenciamos uma potencial era dos não direitos, ou seja, a ideia de que aquilo que se prometeu não se conseguiu consagrar. Eu espero que isso não se concretize exatamente por esses motivos, e o principal que já mencionei é que o mundo voltou a crescer e, portanto, os estados voltam a arrecadar e, portanto, têm mais condições de suportar financeiramente os custos desses direitos, especialmente os direitos sociais que foram prometidos. E alguns exemplos que demonstram essa insatisfação são três livros que foram publicados também na Itália. *Tutela da saúde, o direito à saúde, negado, privatizado e mercantilizado* é uma das obras. Outra obra é *Saúde negada: A nova saúde na Toscana – Interesse público ou privado?*. Então, vejam que nós percebemos o que ocorre no Brasil, mas em outros países também ocorre, muitas vezes, essa influência do mercado no fenômeno do sistema público de saúde.

Então, vejam que isso é a marca e não apenas no Brasil, mas no mundo ocidental, em que países que, vejam só, historicamente estavam no patamar mais avançado de

concretização de direitos sociais, em especial também do direito à saúde.

Eu trouxe também um texto de um autor francês chamado Antônio Garapon, cujo livro é *O guardador de promessas*, segundo o qual cabe ao Judiciário ser o guardião das promessas constitucionais e, portanto, a judicialização que acontece no Brasil, que acontece na realidade em todos os municípios desse Estado, acontece não apenas no Brasil, mas em quase todos os países ocidentais. E a consequência da inflação judiciária é exatamente o que o Conselho Nacional de Justiça divulga todos os anos, mencionado aqui, no relatório *Justiça e números*, os números da judicialização no Brasil. Temos aí um crescimento exponencial todos os anos de aproximadamente cinco milhões de novos processos judiciais, são 30 milhões de novos processos judiciais todos os anos no Brasil e há um saldo de aproximadamente 80 milhões em processos judiciais em tramitação no Poder Judiciário. E na área da saúde, o último relatório divulgado no ano passado aponta aproximadamente um milhão, trezentos e cinquenta mil processos judiciais, e certamente agora no segundo semestre o Conselho Nacional de Justiça divulgará o relatório de 2018 com os dados até 31 de dezembro de 2017, e certamente chegaremos a um milhão e meio de ações judiciais em tramitação no Brasil inteiro sobre a judicialização da saúde. Então isso é uma inflação, é o crescimento exponencial da judicialização da saúde no Brasil.

Quais são as circunstâncias da judicialização?

A primeira delas é: bem, se tudo é levado ao juiz no que toca à judicialização ou que toca ao direito à saúde, tudo aquilo que é levado ao juiz, a pergunta que se faz é: Qual é o âmbito de cognição do juiz nesses processos judiciais? Ou seja, o juiz pode fazer qualquer tipo de avaliação em um processo judicial em que se postulou um medicamento, um tratamento, uma internação, uma admissão, uma unidade de terapia intensiva, ou o juiz fica limitado àquilo que a prescrição médica, por exemplo, estabeleceu?

Então, a primeira pergunta é essa: Qual é o âmbito de cognição? O juiz pode avançar ou ele fica limitado? E porque eu sempre falo isso quando sou chamado para participar de eventos, porque todos nós conhecemos algum juiz que diz: “Bem, se foi um médico que prescreveu este medicamento, eu sou juiz, eu não tenho conhecimento técnico na área da saúde, então não posso contestar aquilo que o médico prescreveu”. Respeito a opinião, mas não concordo em nenhuma hipótese com esse tipo de percepção. Porque aí o papel do juiz é irrelevante; o juiz é muito bem pago para simplesmente chancelar, carimbar aquilo que foi prescrito pelo médico. Um ponto principal da judicialização da saúde, já mencionado aqui na mesa – é que quem deflagra um processo judicial é aquele que prescreveu, portanto são os profissionais da área médica, então a primeira pergunta que se faz neste tipo de discussão é: Qual é o âmbito de cognição do juiz?, e essa pergunta leva a uma segunda que é: A prescrição médica tem um valor absoluto? Se nós respondermos que o juiz fica limitado, nós vamos responder, portanto, que a prescrição tem poder absoluto, que o juiz não pode contestar. Mas isso não pode prevalecer.

E a primeira resposta não é sequer jurídica, não é sequer originária de um processo legislativo do Congresso Nacional, do Poder Legislativo brasileiro; a primeira resposta é trazida pelos próprios profissionais da área médica. O código de ética médica, que é uma resolução aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, diz que: “*é direito do médico [...] indicar o procedimento adequado*, ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”. Pronto!

Se lermos o código de ética médica, vamos ver que há milhares de médicos descumprindo o seu próprio código de ética. Por quê? Porque quando ele estabelece que devem ser observadas as práticas cientificamente reconhecidas, nós já fechamos a conta; e muito mais, o dever de obediência e respeito à legislação vigente. Então o

primeiro parâmetro de todos os atores que atuam na judicialização da saúde parece que é isso aqui, um ato que volto a dizer: é um documento criado pelos profissionais da área médica, não é um ato do Poder Legislativo, não é um ato de gestores de saúde, não é um ato do Poder Judiciário; é um documento cuja origem é o próprio profissional, a entidade de classe da área médica. Então esse me parece o primeiro fundamento; é muito claro.

Mas há também um segundo fundamento. Essa pirâmide aí [aponta para a tela que ilustra a fala] representa os níveis de evidência científica. Uma prescrição médica que deflagra um processo judicial pode estar de acordo com os mais altos estudos randomizados, dos mais altos níveis de evidência científica, ou não. Se ela não estiver, ela será uma mera prescrição e eu, como juiz, tenho o dever de desconsiderar o conteúdo dessa prescrição médica. Eu tenho o dever. Porque o próprio médico tinha, se ele não o fez, eu, como juiz, tenho o dever, e por que eu tenho o dever? Porque a decisão do juiz vai produzir aquilo que juridicamente se chama de “coisa julgada” – coisa julgada, na linguagem popular, significa que a decisão faz lei entre as partes do processo judicial, então ela vai valer como uma lei.

Então, é por isso que o juiz pode investigar qualquer aspecto que diga respeito ao ato médico ou qualquer aspecto que diga respeito à situação do paciente, ou à situação do caso clínico que foi apresentado ao processo judicial.

Então, se existem altíssimos estudos randomizados, uma revisão sistemática, uma meta-análise, eu mesmo considero estudos mais avançados, eu considero como um nível razoável de evidências científicas que eu poderia considerar em um processo judicial. Pois bem, nem sempre se leva a esse tipo de discussão ao processo judicial e, mais, é muito difícil encontrar um juiz que se detenha a fazer esse tipo de análise exauriente da medida.

Mas a partir do momento que se judicializa, espera-se do juiz que faça esse tipo

de avaliação, então é esse o papel que o desembargador Renato Dresch¹ desempenha bem aqui no estado de Minas Gerais quando leva a informação ao juiz. É aquilo que eu tento fazer lá no estado de Santa Catarina, aquilo que o Comitê de Saúde do Conselho Nacional de Justiça tenta levar aos juízes do Brasil, e esses eventos que são feitos com frequência aos juízes do Brasil. O desembargador Renato Dresch mencionou, agora, um evento que foi realizado recentemente no município de Juiz de Fora, do qual eu tive a alegria de participar, e onde falei exatamente isso para os juízes: “os juízes não podem ser escravos, não podem ser meros carimbadores de uma prescrição médica”. A ideia do controle judicial é exatamente essa, então o papel do Judiciário sério e coerente é exatamente o Judiciário que não fica refém das decisões médicas sem evidências científicas. Vale dizer, que não demonstrem um altíssimo nível de eficácia, de eficiência, que apurasse, com segurança naquele tratamento que foi prescrito. Então, me parece que, em relação a essa pergunta, eu não tenho absolutamente dúvida nenhuma de que o papel do juiz é efetivamente enfrentar essa discussão no âmbito do processo judicial, trazendo, portanto, uma adequada interpretação do ato médico.

Bem, mas o juiz não fez faculdade de medicina, não fez faculdade de farmácia, de enfermagem e não tem o conhecimento na área da saúde. Mas já existem inúmeros instrumentos e eu, se fosse gestor, criaria, para ontem, portais na internet com estudos sobre os medicamentos que são mais judicializados, porque o impacto financeiro já foi demonstrado: são sete bilhões de reais, segundo já foi aqui mencionado. Além disso, os municípios são os mais sobrecarregados, os mais prejudicados, muitas vezes, com a

¹ Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Palestrante do I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde, cuja palestra “Perspectivas da judicialização da saúde e as medidas de aperfeiçoamento do Poder Judiciário” também integra o v6n1 da GERAIS.

judicialização, então, se eu fosse gestor de saúde, eu criaria portais para levar, aos juizes, informações técnicas que apresentem estudos de referência com altíssimos níveis de evidências científicas, ou indicando que determinados tratamentos não possuem esses resultados desejados e que, portanto, não há uma previsibilidade daquilo que foi materializado por uma prescrição médica. Então, o Comitê de Saúde aqui de Minas Gerais, com um esforço de várias pessoas, criou uma plataforma – eu inclusive utilizo lá em Santa Catarina, essa plataforma que é excelente, tem mais de mil pareceres e notas técnicas e, portanto, são utilizadas pelos juizes que têm essa capacidade e esse conhecimento de fazer uma investigação e que, portanto, têm uma visão adequada do fenômeno da judicialização.

Além disso, o Conselho Nacional de Justiça criou, no ano passado, o portal chamado e-NatJus,² que vai reunir, num futuro muito breve, pareceres com os principais medicamentos judicializados do Brasil. Já existem alguns pareceres que foram elaborados pelos Nats de excelência no Brasil e alguns deles já estão disponibilizados nessa plataforma.

Quando se fala em judicialização, todos nós sabemos que são duas grandes dimensões. A primeira dimensão é a judicialização daquilo que já está incorporado, aquilo que já foi registrado na Anvisa e que os entes públicos, a União, os estados, os DF, os municípios já incorporaram nos seus sistemas de saúde. Então, quando há judicialização desses tratamentos ou dessas tecnologias em saúde que já foram incorporadas, não há muita discussão no processo judicial, pois já se comprovou a evidência científica. Então, o que é preciso é encontrar um prazo para resolver o problema, porque o próprio estado já avaliou, já incorporou a tecnologia com resultado útil nas pessoas, então, com esse tipo de judicialização, não me preocupo, e

acho que também deveria preocupar pouco os gestores. Mas o objeto da minha intervenção não é isso. Eu não gostaria de tratar especificamente disso, porque aqui não há questões polêmicas.

As questões polêmicas surgem com as tecnologias em saúde, os medicamentos e os tratamentos que não têm registro na Anvisa, ou têm registro na Anvisa mas não foram incorporados pela União, pelos estados ou pelos municípios. Porque não passou por um estudo da CONITEC³ ou porque ele é muito novo.

E essa me parece ser a judicialização que tem causado maiores problemas no Brasil. E a pergunta que me parece ter sido esquecida ao longo desses 20 anos da judicialização no Brasil é esta: o nosso sistema jurídico no Brasil contempla aquilo que se chama “Direito de tentar” ou aquilo que os americanos chamam de *right to try*, ou seja, o cidadão tem o direito de tentar qualquer tratamento ainda que não exista evidência científica em nenhum laboratório, em nenhum ambiente, em nenhum órgão de regulação do mundo indicando que aquele tratamento será útil e trará um resultado de sucesso para a pessoa? Eu tenho uma resposta muito clara, negativa, a essa pergunta: o nosso sistema jurídico, aliás, eu diria, em nenhum sistema jurídico do mundo existe o direito de tentar. E por que isso? Porque nós viveríamos uma loteria e, principalmente, nós causaríamos uma grande insegurança aos profissionais da área de saúde, aos gestores em saúde pública, em saúde suplementar também, obviamente, e

² Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – e-NatJus. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoeforum-da-saude/e-natjus>>. Acesso em: 19 out. 2018.

³ Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). “Criada pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, [...] assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde – MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT”. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acesso em: 19 out. 2018.

ao próprio juiz, porque aí você dá uma carta branca para qualquer médico prescrever qualquer coisa, dá uma carta branca para o promotor pedir qualquer coisa, para o advogado pedir qualquer coisa, para o defensor público pedir qualquer coisa e para o juiz decidir qualquer coisa.

Então, essa reflexão me parece ser importante, porque ela foi omitida nos últimos 20 anos da judicialização na saúde no Brasil. E muita gente pensa e acredita que nós consagramos o direito de tentar, ou seja, que qualquer pessoa pode postular qualquer coisa, então, isso é o tema que precisa ser abordado de uma forma séria, honesta e coerente por quem dialoga e trabalha no âmbito da judicialização da saúde.

Ainda nessa perspectiva de discussão de tecnologias não incorporadas, existem muitas doenças raras. Há estudos que indicam, enfim, que existem cerca de oito mil patologias genéticas catalogadas. Às vezes se fala que não existem políticas para doenças raras no Brasil. Contudo, o Sistema Único de Saúde tem mais de 36 PCDTs, ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, para diversas doenças raras, como a doença de Chron, doença de Gaucher, esclerose lateral amiotrófica, artrite reumatoide, que são patologias que nós costumamos enfrentar em processos judiciais. Então, esse argumento de que para as doenças raras não existem critérios e que, portanto, qualquer critério é válido para ensejar uma judicialização, eu não concordo, eu não concordo. Se houve a incorporação, a criação de PCDTs para a incorporação de doenças raras é porque o gestor pode adotar algum critério; significa que o médico prescritor deve ter algum critério, e o juiz que vai julgar a ação também não só pode, como deve, adotar algum critério razoável, de preferência, alicerçado na saúde baseado em evidência ou medicina (eu prefiro utilizar a expressão: “saúde baseada em evidência”, que contempla também outras áreas da saúde como farmácia, enfermagem, psicologia, enfim, são as áreas que materializam a ideia de integralidade estabelecida no texto da Constituição).

Então, é ilusória essa ideia de que as doenças raras não são protegidas no sistema de saúde brasileiro. Elas são, sim, protegidas, mas surgiu um novo medicamento, e ele tem uma possibilidade de sucesso; pois bem, se nós no Brasil e no mundo não adotamos o direito de tentar, significa que nós temos limitações jurídicas e muito mais limitações orçamentárias, porque o direito de tentar contemplaria a tentativa de utilizar um medicamento ao custo de um milhão, dois milhões, três milhões de reais ou de dólares quando muitas vezes acontece nos processos judiciais, e eu falo porque eu já tive processos de tratamentos que envolvem custo dessa natureza.

Então, portanto, esse argumento de que para as doenças raras não existem critérios, me parece ser um argumento em que eu, por enquanto, não consigo nesse momento confiar. Uma breve observação de como se percebe e como se adota a judicialização em outros países: esse aqui é um caso muito interessante, um bebê com doença rara. Aconteceu no ano passado na Inglaterra, e se concluiu que não havia mais tratamento para a criança, que estava hospitalizada e o hospital anunciou que iria desligar os aparelhos (havia respiração artificial, alimentação artificial, e tudo isso tem um custo para o estado). Na Inglaterra, os pais dessa criança, Charlie Gard, não concordaram com a decisão do hospital e dos médicos e judicializaram a questão. Porque alguns médicos nos Estados Unidos, dois médicos, salvo engano, se propuseram a apresentar um tratamento experimental àquele bebê. E o Judiciário inglês, em todos os níveis do Judiciário, disse não. A decisão aqui, a mais adequada, é essa decisão da direção hospitalar, e foi avaliado o conteúdo da decisão de que não havia nenhum tratamento com resultado útil no mundo e o Judiciário inglês indeferiu o pedido. Os pais, não satisfeitos, recorreram à Corte Europeia de Direitos Humanos, que tem jurisdição em todos os tribunais, por todos os países da União Europeia, que disse que o Judiciário estava correto e manteve a decisão e, portanto, os aparelhos foram desligados e infelizmente a criança faleceu,

mas esse é o destino de todos nós. E nós precisamos ter essa compreensão de que, enfim, não existe o direito de tentar, porque o custo dele implica em uma escolha trágica e, muitas vezes, é tentar algo para alguém, em detrimento de inúmeras outras pessoas que ficarão sem nada, inclusive tratamentos que já são incorporados.

A judicialização envolve não só a ciência, mas o cofre, a capacidade financeira do Estado e também o papel ético das instituições. Porque se nós estabelecêssemos efetivamente essa ideia de que tentar é estar estabelecido, parece que não haveria limite para mais nada, para absolutamente nada. E, portanto, é preciso ter um cuidado muito grande com relação a isso. Então, o papel do juiz é avaliar quais são as consequências dessa decisão no plano coletivo e não apenas no plano individual, especialmente porque o direito à saúde é um direito coletivo. É um direito social que não se vislumbra e é aí obviamente que se consagra a ideia de que é um direito subjetivo; mas se é um direito subjetivo, ele não pode se sobrepor, sob pena de se violar o princípio da isonomia substancial, da isonomia material que deve nortear a ação de todas as pessoas, enfim, dos atores do sistema de justiça.

Então, essa escolha trágica que está nas mãos do juiz leva em consideração o envelhecimento da população, a medicina em excesso, recursos escassos, interesses privados, interesses políticos; tudo acaba influenciando o alto preço dos tratamentos e a falta de concorrência no mercado. No ano passado, o órgão de regulação italiano aplicou uma multa a dois grandes laboratórios, os fabricantes de duas tecnologias muito conhecidas entre nós, chamados *Ranibizumabe* e *Bevacizumabe*. A marca e o nome comercial também muito conhecidos *Lucentis* e *Avastin*.⁴ O Tribunal de Justiça da União Europeia

⁴ *Lucentis*: nome comercial da substância ativa *ranibizumabe*, indicada para tratar lesões da retina, que podem ocasionar a diminuição da visão. *Avastin*: nome comercial da substância ativa *Bevacizumabe*, indicada para o tratamento de diversos tipos de câncer.

manteve decisão do órgão de regulação da Itália, que aplicou uma multa porque eles violaram o sistema de concorrência. O laboratório que produz o *Lucentis* disse para o laboratório que produz o *Avastin* parar de produzir, porque o seu medicamento era muito barato. Então você para de produzir, eu pago a sua parte e um pouco mais e nós vamos regular o mercado só com o *Lucentis*, que é muito mais caro. Pois bem, o órgão de regulação italiano aplicou uma multa de 80 milhões de euros a cada um dos dois laboratórios, porque eles violaram as regras de mercado. Eles recorreram ao Tribunal da Justiça da União Europeia e o Tribunal da Justiça da União Europeia disse não. Vejam que na Europa se reconheceu que o *Ranibizumabe* e o *Bevacizumabe* são substituíveis, mas parece que no Brasil nós não acreditamos nisso.

Então, vejam que o mercado muitas vezes acaba dominando a judicialização e vai influenciar muitas vezes todo o cenário e vai impactar, portanto, nessa questão que envolve o alto custo e as despesas decorrentes dessa escolha trágica e a falta de concorrência, e o alto preço dos medicamentos: o céu é o limite quando se fala em preço de tecnologias em saúde. Então, a escolha trágica fala exatamente disso aí.

E tem um artigo muito interessante do Otávio Mota Ferraz e do Daniel Wang, publicado pela Folha de São Paulo, um artigo chamado “As Duas Portas do SUS”. Quem consegue judicializar as tecnologias em saúde, quem chega primeiro vai ganhar; quem ficar no final da fila não vai ganhar. Então, nós criamos duas categorias e aquilo que eu chamo, eles não falaram isso, mas eu chamo de judicialização de boutique e judicialização de piso. A classe média que tem acesso ao Judiciário consegue judicializar os altos medicamentos. Essas tecnologias de altíssimo custo são judicializadas. Dificilmente o Ministério Público o judicializa, dificilmente a Defensoria Pública judicializa tecnologias com o custo muito alto e principalmente que não têm um nível de evidência científica muito avançado, uma revisão muito

sistemática, um estudo randomizado que indique o resultado útil do tratamento. Então, é nessa perspectiva que se precisa trabalhar no âmbito da judicialização.

Outro ponto é da seguinte reportagem, em que a indústria admite propina a médico do SUS em troca de facilitação de vendas. Eu tenho inúmeros amigos que são médicos, enfim, e nutro um respeito gigantesco: eu jamais seria médico, porque acho que seria uma responsabilidade muito grande; eu acho que a responsabilidade do médico é ainda maior que a responsabilidade do juiz, mas não posso também fechar os olhos para algo que é notório bem na nossa frente, que é a mercantilização da medicina, a influência da indústria farmacêutica.

A máfia das próteses no Brasil. Fizem um acordo nos Estados Unidos porque seriam presos e se fossem, pagariam; se se chegasse a uma decisão judicial, os laboratórios pagariam cifras astronômicas e possivelmente os laboratórios quebrariam, se é que isso é possível. O doutor Tadahiro⁵ já mencionou que é a indústria que mais lucra no mundo ao lado da indústria de armas.

Então, esse é o cenário da judicialização.

Essa revista aqui [mostra a revista] tem um texto muito interessante que indica que o Rio de Janeiro tem mais aparelhos de ressonância magnética do que a Alemanha. E por que isso? Na área médica, na área da saúde, isso se chama imperativo de uso. Se eu compro um aparelho, quero utilizar o aparelho, eu tenho que em primeiro lugar pagar o investimento que eu fiz; se eu não pagar, vou ficar no prejuízo, então, ainda que não seja necessário fazer muitas vezes o exame, eu preciso indicar. Essa é a influência do mercado em um negócio.

Nós transformamos o direito à saúde em um negócio, infelizmente, e isso é um negócio muito caro. Isso é um exemplo muito claro disso.

Há medicina em excesso. Para tudo há um medicamento. Então, há a influência da indústria farmacêutica e, do outro lado, a necessidade de se medicalizar. O cidadão que vai hoje ao médico e o médico não prescreve o medicamento, o médico não é bom, então o cidadão procura outro médico e é esse o rótulo que nós temos do mundo. Pois bem, o Marco Bobbio, que é filho do Norberto Bobbio, é um dos grandes médicos que advoga a ideia da *slow medicine*, a “medicina sem pressa”. E seu livro já foi publicado no Brasil, chama-se *O doente imaginado*. Essa medicina de *fast food*, você vai num ambiente de dois minutos, em que você tem um kit para tentar solucionar os seus problemas de saúde. Mas a ideia da integralidade vai muito além disso.

É a ideia de medicalização da vida. O Marco Bobbio fala agora da *troppa Medicina*, da medicina em excesso, que é outro livro de 2017, também recentíssimo, publicado na Itália, sem tradução no Brasil, em que ele vai além, ele discute outros aspectos, inclusive a de prescrição.

A minha visão – e aí eu falo isso com muita tranquilidade –, o meu discurso está de acordo com aquilo que eu percebo nos processos judiciais: nós vivemos hoje um populismo médico em prescrever qualquer tipo de substâncias sem que haja evidência científica. E isso é vedado pelo código de ética médica! E nós vivenciamos também um populismo judicial na judicialização da saúde.

Nós tivemos um exemplo de populismo aqui muito nítido, que foi a *fosfoetanolamina*. Alguns outros países passaram por isso, por exemplo, na Itália também existiram dois casos (*Di Bella* e *Stamina*),⁶ que foram parecidos com essa ideia de fosfoetanolamina.

Nós vivemos um mundo do policiamento que leva, que nos induz a essa ideia de populismo que não é o mais adequado nessa perspectiva, porque nós precisamos

⁵ Tadahiro Tsubouchi, presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG, palestrante do I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde.

⁶ *Di bella*: multitratamento antitumoral. *Stamina*: terapia experimental a partir de células-tronco (BARBOSA, 2016).

tratar de ciências da saúde que exigem uma perspectiva séria e honesta, de estudos que indiquem especialmente critérios adequados para uma solução. E se não existem estudos avançados, é porque infelizmente isso é uma consequência da natureza; não se consegue avançar de acordo com o desejo da sociedade ou de acordo com o avanço das patologias. Então, só para concluir essa ideia de consequencialismo judicial, pois me parece muito importante.

Não é possível ver muitas decisões judiciais em que o juiz fixa 24 horas para o gestor fornecer um medicamento que não tem registro na Anvisa e que, portanto, não tem comercialização no território nacional; então ninguém vai conseguir importar o medicamento em 24 horas. São decisões que demonstram esse exemplo de populismo judicial e com esse populismo nós causamos outra categoria, que eu chamo de judicialização do impossível.

Porque nós judicializamos o impossível, porque, se não existe tratamento no tratamento que for prescrito, aquilo lá não existe.

Se inexistente um resultado útil, nós vamos frustrar um desejo do cidadão ou a expectativa do cidadão. Então a judicialização do impossível está enraizada em todos os lugares do Brasil, na medida em que se concedem decisões judiciais ainda que em prazo razoável, para se fornecer tratamentos que não vão trazer um resultado útil e que têm um impacto muito grande na sociedade. Eu vou citar um exemplo do *Spinraza*;⁷ eu tive um caso recente do *Spinraza*, que hoje é um medicamento cujo custo é de um milhão e setecentos mil reais. Eu indeferi agora, faz três meses que eu indeferi pedido de Tutela; a liminar, eu indeferi, o advogado pediu a desistência, eu homologuei, porque o direito é disponível. No dia seguinte ele ingressou no outro juiz excluindo a União do processo judicial, ingressando só contra

o estado, de Santa Catarina, e um município de oito mil habitantes, e o juiz em uma página determinou que se fornecesse, em prazo exíguo, aquele medicamento. Obviamente, a consequência foi o sequestro judicial de um milhão e setecentos mil reais dos cofres públicos do município. É óbvio que aquele dinheiro foi tirado de uma alocação previamente já destinada, possivelmente para a área da saúde também. E aí, isso não é a criação de duas portas do SUS?

Parece que é um exemplo claro disso; então, o que nós vivenciamos é uma indústria da judicialização.

É óbvio que temos uma judicialização que é salutar, e esses exemplos de tecnologias que não estão incorporadas ou a judicialização contra a Anvisa ou contra a União porque demoraram para registrar ou porque demoraram para incorporar, que é um outro tipo de judicialização, é uma judicialização salutar, é uma judicialização coletiva, mas que se tem como finalidade uma avaliação na origem. Nós ficamos, enquanto isso, nessa discussão da judicialização individualizada e, portanto, é um exemplo da eclosão de um milhão e meio de processos judiciais.

No mundo inteiro tem isso, mas no Brasil nós somos diferentes, porque achamos que aqui, sim, nós temos capacidade de suportar tudo e qualquer demanda, então por que que a indústria farmacêutica investe muito no Brasil? Porque em outros países ela não consegue tanto espaço, então ela vai procurar o ambiente em que é mais fácil de atuar, então nós somos vulneráveis nessa perspectiva.

E ainda decretamos a prisão do gestor, como se fosse melhor para o sistema de saúde: ele descumpriu a decisão porque ele não poderia cumpri-la!

Enquanto nós trabalharmos nesse tipo de debate a partir da perspectiva unilateral de questões individualizadas, nós vamos continuar causando esse problema.

Antes de concluir, eu gostaria de trazer duas reflexões que são temas, reflexões que chegaram a mim, enfim, há poucos dias, e uma delas diz o seguinte: O médico do SUS que prescreve um medicamento não

⁷ *Spinraza*: marca comercial da substância ativa nusinersena, utilizada para o tratamento da atrofia muscular espinhal (AME) 5q tipo I.

incorporado e que não tem evidência científica prática falsidade ideológica? Ou seja, ele pratica o crime de falsidade ideológica? A impressão inicial, a resposta inicial para minha reflexão é que, em tese, é possível, porque o artigo 299 do Código Penal diz que declarar algo falso e que possa causar a obrigação a alguém, em tese, caracteriza o crime de falsidade ideológica. Em princípio, eu digo, em tese.

E uma segunda reflexão é, para concluir essa minha intervenção: qualquer juiz, qualquer promotor, qualquer defensor público, qualquer ente, qualquer gestor, qualquer pessoa que atue no sistema de justiça, se a ele for perguntado, narrado um fato de que um gestor gastou mal 15 mil, 30 mil, 50 mil ou um milhão de reais, a primeira imagem que vem à mente, ou a primeira resposta que esse agente do sistema de justiça vai trazer é que isso é improbidade administrativa. Se ele gastou mal dez mil reais ou um milhão de reais, então nós estamos acostumados a criticar o outro.

E o juiz? E o promotor? E o defensor que deflagra uma ação judicial e o juiz que defere um fornecimento de um tratamento que não tem evidência científica em nenhum lugar do mundo, ele não pratica isso também? Ele não está gerindo mal o dinheiro público? Como fica a independência do juiz, a independência do promotor de justiça? A independência não significa fazer o que quiser; independência é uma garantia do exercício dos atos, para que ele não possa ser influenciado por outras pessoas política ou financeiramente – isso é independência.

A independência não significa que há uma carta branca para os atores do sistema de justiça fazerem o que quiserem e me parece que muitas vezes é isso que acontece. Então essa reflexão final que eu trago é, eu acho, uma questão de polêmica exatamente para que se possa avançar mais, e nós devemos avançar mais, porque enquanto se continuar assim, não responsabilizando ninguém e qualquer pessoa fizer o que quiser, vamos deixar de melhorar o sistema de saúde e vamos agravar o Estado de Direito.

O sistema de justiça também é responsável. No *ranking* de competitividade, o Brasil, no mundo, está no final da fila: 1º Hong Kong; 2º Suíça; [...] 61º Brasil; 62º Mongólia; 63º Venezuela.

Então, isso é o exemplo do que o bacharelismo transformou o Brasil, e nós precisamos cuidar disso.

E a palavra final é esta: equilibrar. O ponto de equilíbrio é necessário para encontrar uma solução adequada a esse tema da judicialização da saúde sob pena de continuarmos com esses excessos. E, ao mesmo tempo, esses excessos causando angústias e omissões de outras pessoas, que muitas vezes não são assistidas e que teriam o direito, porque a Constituição ou a Lei nº 8080 e a legislação estabelecem que aquela pessoa poderia e deveria ser atendida. Então a palavra final que eu deixo é exatamente esta: o que nós queremos, afinal, o que o sistema de justiça quer com a judicialização? Então, é preciso ter um equilíbrio e principalmente seriedade e honestidade no trato da judicialização.

Muito obrigado! ■

Referências

- AVASTIN (BEVACIZUMABE). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=21231622016&pIdAnexo=3769288>. Acesso em: 19 out. 2018.
- BARBOSA, E. M. Right to try? Fosfoetanolamina, Di Bella e Stamina: Uma análise italo-brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 66-92, jul./out. 2016.
- BENCI, L. *Tutela la salute. Il diritto alla salute negato, privatizzato e mercificato*. Reggio Emilia: Imprimatur, 2017.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2004.

- BOBBIO, M. *O doente imaginado*. São Paulo: Bamboo, 2014.
- BOBBIO, M. *Troppa Medicina: Un uso eccessivo può nuocere alla salute*. Collana: Einaudi; Passaggi, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Nusinersena para o tratamento de pacientes com atrofia muscular espinhal 5q tipo I*. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatrio_nusinersena_5q_tipo_I_2018_CP.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.
- CELOTTO, A. *L'età dei (non) diritti*. Roma: Giubilei Regnani, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM ° 1931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2018.
- ROVAI, D.; SALERNO, M. *Salute negata. La nuova sanità toscana: interesse pubblico o privato? Toscana di Dozza*: AB, 2017.
- GARAPON, A. *O guardador de promessas*. Lisboa: Piaget, 1998.
- LUCENTIS (RANIBIZUMABE). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10292072013&pIdAnexo=1894371>. Acesso em: 19 out. 2018.

Perspectivas da judicialização da saúde e as medidas de aperfeiçoamento do poder judiciário*

Perspectives of health judicialization and measures of improvement by the judiciary

Renato Luís Dresch¹

¹ Mestre em Direito Público (Universidade de Franca). Especialista em Processo Civil (Faculdade Municipal de Franca). Especialista em Direito Sanitário (ESP-MG). Professor de Direito Processual Civil da Faculdade Arnaldo Jansen de Belo Horizonte. Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Membro do Comitê Executivo Nacional da Saúde do CNJ. Coordenador do Comitê Estadual da Saúde de Minas Gerais.

RESUMO: A grande quantidade de demandas visando ao acesso à saúde que tramitam na justiça brasileira levou ao desenvolvimento do presente artigo, que tem o propósito de trazer algumas reflexões sobre as garantias legais de acesso, as perspectivas da judicialização da saúde e as medidas de aperfeiçoamento que estão sendo adotadas pelos órgãos do Poder Judiciário para melhorar a prestação jurisdicional.

Palavras-chave: Poder judiciário; Judicialização da saúde; Perspectivas; Aperfeiçoamento; Jurisprudência; Prestação jurisdicional; Lei de Introdução; Introdução às Normas de Direito Brasileiro.

ABSTRACT: *The large number of lawsuits aiming to access health care in the Brazilian judicial system led to the development of this paper, which intends to reflect on the legal guarantees of access, on the perspectives of health judicialization, and on the measures of improvement that have been adopted by the organs of the Judiciary to ameliorate the jurisdictional provision.*

Keywords: *Judiciary; Judicialization of health; Perspectives; Improvement; Jurisprudence; Jurisdictional provision; Introductory Law; Introduction to the rules of Brazilian Law.*

* Artigo elaborado com base em palestra proferida no I Seminário Mineiro sobre Judicialização da Saúde, realizado em Belo Horizonte nos dias 2 e 3 de abril de 2018.

1. Considerações Iniciais

Não mais existe divergência em doutrina e jurisprudência quanto ao reconhecimento de que, no Brasil, a saúde é um direito humano fundamental social que está consagrado constitucionalmente (CF, art. 6), tratando-se de direito de todos e dever do Estado, a quem cumpre instituir as políticas públicas necessárias que garantam o acesso universal e igualitário (CF, art. 196), dentro de uma diretriz de atendimento integral (CF, art. 198, II). Tudo isso foi reafirmado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), a denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Como apontado, a Constituição Federal instituiu a universalidade de acesso à saúde, que deve ocorrer de forma igualitária, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (CF, art. 196).

Ainda há delegação ao Poder Legislativo Derivado para que disponha sobre a regulamentação da saúde (CF, art. 197), também havendo clareza que a diretriz de integralidade ocorrerá com “prioridade para as atividades preventivas” (CF, art. 198, II).

A Constituição Federal estabelece a prevalência daquilo que tenha sido instituído nas políticas públicas, de modo que a intervenção judicial deve ocorrer de forma excepcional, quando demonstrada a insuficiência ou ineficiência daquilo que estiver sendo incorporado, considerada a excepcionalidade da situação de alguns pacientes. O tema da universalidade e da integralidade deve ser enfrentado com profundidade pelo Poder Judiciário que não se subverta as políticas públicas (SCHULZE; NETO, 2015).

Por delegação constitucional, a Lei nº 8.080/90 e o Decreto nº 7.508/11 regulam as condições de acesso à saúde. Com as alterações introduzidas na LOS pela Lei nº 12.401/2011, ficou estabelecido que a assistência terapêutica integral na dispensação de medicamentos e produtos de interesse da saúde deve ocorrer “em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento

saúde a ser tratado” (art. 19-M). Além disso, a LOS determina a observância das “evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, além da segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo” (BRASIL, 1990, art. 19-Q, § 2º, I). Por fim, *não há como* desprezar que a proibição legal expressa para “a dispensação o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA” (BRASIL, 1990, art. 19-T, II).

Portanto, o sistema normativo brasileiro fixou, como paradigma limitador de acesso à saúde, as políticas públicas que são estabelecidas de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Fora delas, somente poderão ser atendidas situações excepcionais.

O grande debate acerca da judicialização da saúde não deve estar focado no acesso aos produtos e serviços incorporados nas políticas de saúde, porque estes deveriam estar disponibilizados de forma universal e igualitária, não havendo maior controvérsia. O que deve ser objeto de demanda judicial é a possibilidade de acesso a medicamentos, produtos e serviços não incorporados nas políticas públicas por opção administrativa, como é o caso da tentativa de acesso a medicamento experimental que ainda não foi aprovado pela ANVISA, ou quando se pretende a sua utilização de medicamento aprovado fora das indicações do fabricante (*off label*). Portanto, o debate deve passar pela possibilidade de intervenção judicial na discricionariedade administrativa quanto aos limites de acesso à saúde.

2. As alterações na LINDB e seus possíveis impactos para o aperfeiçoamento das demandas de saúde

A Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro (LINDB), alterada pela Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018, trouxe importantes inovações que poderão repercutir

positivamente no campo da judicialização da saúde, pois cria a exigência de um diálogo institucional mais profundo, com a imposição de que, no âmbito judicial, haja um aprofundamento na fundamentação nas decisões (SCHULZE, 2018, p. 37).

O art. 20 da LINDB reforça a responsabilidade decisória do julgador ao determinar que, na motivação das decisões, seja demonstrada a necessidade de readequação da medida administrativa, inclusive quanto às alternativas que devam ser adotadas. Essa disposição se revela particularmente importante nas decisões de acesso a produtos e serviços distintos daqueles ofertados nas políticas públicas.

O art. 21 da LINDB traduz o exercício responsável da função judicante, ao exigir a análise das consequências das decisões no campo das políticas públicas.

Por fim, o art. 22 da LINDB introduz a exigência de que sejam considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor, o que é particularmente relevante quando for determinado o acesso a bens e serviço de saúde que estejam fora das políticas públicas. A preocupação da lei é de que haja um compasso entre a ordem judicial e a menor onerosidade. Isso é especialmente importante nas ordens para aquisição de medicamentos importados, sobretudo aqueles não aprovados pela ANVISA. Para tanto, é necessário que a decisão analise inclusive as normas administrativas de repartição de competência e distribuição de atribuições.

Portanto, as alterações na LINDB representam importantes inovações legislativas que poderão contribuir para o aperfeiçoamento das decisões judiciais, embora se deva observar que a efetiva implementação depende de maturidade na atuação judicial e, para isso, é importante que haja vigilância da advocacia pública.

3. O Protagonismo e o ativismo judicial

Não é difícil encontrar, nos repertórios de jurisprudência, que o Poder Judiciário vem decidindo as demandas de saúde com certa prodigalidade, sem uma análise mais

acurada do impacto e das consequências administrativas e financeiras das suas decisões, em que a sensibilidade judicial acaba sendo temperada por um populismo judicial, em que os magistrados se acomodam e confiam cegamente na prescrição médica em detrimento aos PCDT, estes que são destinados a estabelecer os melhores padrões de tratamento (SCHULZE, 2018, p. n. 37). Os PCDT não costumam ser enfrentados pelo prescritor e a omissão também não costuma ser indagada pelo julgador, como seria de rigor (ARAÚJO; LOPES; JUNQUEIRA, 2016).

Embora não se possa olvidar que a falta de conhecimento técnico mais apurado sobre as técnicas de evidências científicas tornem o magistrado refém da prescrição médica em relação a produtos e serviços de saúde que, muitas vezes, não possuem evidência científica, cabe um mínimo de pesquisa para lhe permitir o benefício da dúvida do que é prescrito.

Mesmo os Tribunais Superiores têm sido benevolentes, desprezando as normas que regulam o Sistema único de Saúde (SUS), ordenando o acesso a medicamentos, produtos e procedimentos fora das políticas públicas sem maiores fundamentos desse desvio.

O pequeno espaço reservado para este artigo não permite uma análise mais detida da farta jurisprudência sobre o tema, contudo, registro duas decisões do Superior Tribunal Federal (STF) que destoam da regulação sem enfrentá-la.

Em 2015, ao decidir a liminar na Medida Cautelar nº 5.828-SP, o ministro Edson Fachin determinou o fornecimento de fosfoetanolamina, a denominada “pílula do câncer” a centenas de pacientes do estado de São Paulo, revogando liminar do presidente do Tribunal de Justiça de São Paulo, e sentido inverso. A decisão liminar do ministro Fachin está embasada em outros precedentes do STF, contudo não havia evidência científica da eficácia, acurácia e segurança, além de a fosfoetanolamina não possuir registro na ANVISA.

Aquela decisão liminar do STF não analisou a constitucionalidade dos artigos 19-M,

19-Q, § 2º e do art. 19-T, II, todos da Lei nº 8.080/90, que exigem a eficácia, acurácia, segurança e registro na ANVISA para a dispensação, pagamento e fornecimento de medicamentos, produtos e procedimentos de interesse da saúde.

As decisões judiciais que deferem o acesso fora das políticas públicas causam impacto deslocativo do orçamento, tumultuam a gestão de saúde, repercutindo em desfavor da coletividade (CASTRO, 2012, p. 44).

O ministro Gilmar Mendes já pontuou que “é preciso conter o impulso de obrigar o Estado a fornecer todo tipo de tratamento para quem pedir, pois isso prejudica o funcionamento do sistema de forma geral”, até porque no mundo contemporâneo não há espaço para o juiz Hércules, referido por Dworkin (2014).

Outra decisão, *data venia*, equivocou a aquela proferida no dia 5 de março de 2015 pelo Plenário do STF, ao decidir em Repercussão Geral o Recurso Extraordinário nº 855.178-SE, relatado pelo ministro Luiz Fux, na qual foi reconhecida a solidariedade plena entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios para as obrigações de saúde. Naquela decisão não foram estabelecidos os motivos determinantes da conclusão, em razão da disposição constitucional que determina a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços (CF, art. 198), e as disposições na LOS, que divide competências e distribui atribuições entre os gestores, estabelecendo que a responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos e procedimentos de saúde será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (art. 15 ao art. 18 e 19-U). Além dessas, há inúmeras normas administrativas que dividem responsabilidade, do que se extrai que há o fracionamento da solidariedade do art. 23, II, da Constituição Federal. Esse precedente acerca da solidariedade deve ser alterado com a conclusão do julgamento do RE 566.471-RN que está em curso.

O ativismo no acesso à saúde trará prejuízos para a população, razão pela qual o Judiciário deve adotar medidas e autocontenção.

4. As medidas de aperfeiçoamento técnico do poder judiciário

A partir de 2005 houve um aumento acentuado de demandas, levando o Poder Judiciário a adotar algumas medidas de aperfeiçoamento das demandas judiciais.

Em 2009, o STF se apercebeu da importância e complexidade das demandas de saúde e, como primeiro passo para o aperfeiçoamento das demandas, por iniciativa do ministro Gilmar Mendes, foi designada a Audiência Pública nº 04 (STF, 2009). Naquela ocasião foram feitas apresentações, por seis dias, entre 27 de abril a 7 de maio de 2009, e ouvidos 50 especialistas do sistema de justiça e do sistema de saúde, para julgar a Suspensão de Tutela Antecipada 175, que foi julgada em 17/03/2010. No referido julgamento foi reconhecido que o Brasil optou pela Medicina Baseada em Evidência (MBE) como paradigma para o acesso à saúde.

Após a decisão da STA 175, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Resolução 107, em 6 de abril de 2010, criando o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, destinado a monitorar as ações de saúde, propor medidas voltadas a otimizar os processos, à especialização do Judiciário, e para sugerir medidas destinadas à prevenção de conflitos judiciais, com a definição de estratégias nas questões de direito sanitário.

O Fórum Nacional da Saúde tem proporcionado um diálogo institucional entre os operadores jurídicos, gestores e técnicos de saúde. Também foram realizados importantes encontros, em duas Jornadas de Saúde nos anos de 2014 e 2015, quando foram aprovados inúmeros enunciados, muito úteis para a orientação técnica da magistratura acerca do tema saúde.

O CNJ editou as Recomendações nº 31/2010 e nº 36/2011, sugerindo aos Tribunais a celebração de convênios para a disponibilização de apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos, para auxiliar os magistrados nas questões clínicas sobre saúde, ainda sugerindo a instrução das causas com os relatórios médicos descritivos das doenças pela Classificação Internacional de Doenças (CID)

e com indicação detalhada na prescrição de medicamentos pela denominação genérica, através do princípio ativo, o que significa dizer pela Denominação Comum Brasil (DCB) ou, na sua falta, pela Denominação Comum Internacional (DCI), como, aliás, determina o art. 3º da Lei nº 9.787/99.

As recomendações ainda sugerem a inclusão do direito sanitário nos cursos de formação em direito e na Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM), assim como nas Escolas de Magistratura Estaduais e Federais, além da promoção de seminários e discussões sobre direito à saúde, o que acabou sendo implementado em diversos cursos de formação de magistrados.

No estado de Minas Gerais foram baixadas as Recomendações nº 10/2011, nº 24/2012 e nº 04/2017, sugerindo cuidados com a instrução técnica das demandas de saúde, ratificando, enfim, as Recomendações do CNJ.

Através da Resolução nº 238/2016, o CNJ reafirmou o que já constava das Recomendações anteriormente referidas, concedendo aos Comitês Estaduais de Saúde do CNJ o *status* de órgãos auxiliares dos Tribunais, com a criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus), órgão responsável pela elaboração de pareceres técnicos fundados na medicina baseada em evidência, como instrumento de apoio aos magistrados nas suas decisões, e com a criação de banco com Notas e Pareceres Técnicos de Saúde.

O CNJ implantou o e-NatJus por meio de uma plataforma para elaboração de notas técnicas e para criação de um Banco Nacional de Dados, alimentado com notas e pareceres técnicos, além de reafirmar o Banco de Dados já criado, que está disponível na internet.

No estado de Minas Gerais foi criada a competência prioritária em saúde, com a edição da Resolução nº 829, de 29 de junho de 2016, por meio da qual foi atribuída competência prioritária para as demandas de saúde. Em toda comarca com mais de uma Vara com competência cível, as demandas de saúde são de competência da 2ª Vara. Também foi criado um banco de dados com centenas

de notas e pareceres técnicos sobre saúde, disponível na internet, no endereço eletrônico da Biblioteca Digital do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.¹ Do mesmo modo, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), celebrou parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), que culminou na criação de um banco de dados com o repositório de normas, pareceres técnicos e decisões administrativas de relevância para a judicialização, também disponível on-line. Outro meio de aperfeiçoamento adotado no TJMG para proporcionar a criação de um diálogo institucional foi a iniciativa de instalar Câmaras de Apoio Técnico em Saúde, de modo a permitir o encaminhamento e a oitiva administrativa prévia ou pré-processual nas demandas de saúde.

A finalidade é de que haja prévia manifestação da gestão acerca da disponibilização de componente farmacêutico, similar ou genérico daquilo que era postulado judicialmente. A Câmara de Apoio Técnico pode ter a função importante de possibilitar o encaminhamento administrativo e a prestação de informações técnicas para a decisão do magistrado, porque permite um diálogo institucional sobre o tema.

5. Conclusão

Dentro do propósito do presente artigo, para uma reflexão sobre as perspectivas da judicialização da saúde e as medidas de aperfeiçoamento judicial, cumpre destacar que, em razão do reconhecimento constitucional de que a saúde é um direito humano fundamental social, constituída como direito de todos e dever do Estado, que deve assegurar o acesso universal e igualitário dentro da diretriz de integralidade, o Poder Judiciário vem proferindo decisões para assegurar esse acesso. Embora boa parte das decisões judiciais esteja destituída de maior rigor técnico e preocupação com o impacto deslocativo no orçamento e a desconstrução administrativa ao SUS, estão sendo adotadas

¹ <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/>

algumas medidas de aperfeiçoamento da atuação jurisdicional.

A partir da audiência pública nº 04 do STF (2009), o protagonismo para discutir o aperfeiçoamento das demandas de saúde foi delegado ao CNJ, com a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, que tem fomentado o debate para um diálogo institucional a fim de possibilitar que as decisões judiciais possuam informações técnicas mais precisas, além de sugerir a criação de unidades jurisdicionais especializadas. As jornadas de saúde, a instituição do NatJus e os bancos de dados, além de inúmeros encontros e cursos de formação sobre direito à saúde estão resultando num amadurecimento acerca do tema.

As perspectivas são de que, em médio prazo, as decisões judiciais estejam muito mais aperfeiçoadas, fundadas em informações técnicas e orientadas por evidência científica, de modo que o acesso à saúde seja assegurado dentro de padrões técnicos que não impactem desnecessariamente o erário e nem comprometam o equilíbrio atuarial na saúde suplementar.

É imprescindível o aprofundamento do diálogo institucional entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, de modo que o acesso universal e igualitário dentro da diretriz de integralidade ocorra de forma técnica que atenda a população dentro de uma perspectiva solidária com a compreensão de finitude da vida. ■

6. Referências

ARAÚJO, C. P. de.; LOPES, E. M. P.; JUNQUEIRA, S. R. S. *Judicialização da Saúde: Saúde Pública e Outras Questões*. Porto Alegre: Verbo, 2016.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 out. 2018.

CASTRO, S. H. R. de. Impacto deslocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais. In: GUERRA, E. M.; CASTRO, S. H. R. de (Coords.). *Controle Externo – Estudos Temáticos*. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 44.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Legislação/Processo. Normas CFM (Resoluções, Pareceres, outros...)*. 1951. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas>. Acesso em: 16 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Resolução nº 107 de 06 de abril de 2010*. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/resolucao/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010*. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Recomendação nº 36 de 12 de julho de 2011*. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1227>>. Acesso em: 16 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Resolução nº 238 de 06 de setembro de 2016*. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>>. Acesso em: 16 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. Fórum da saúde. *e-NatJus*. Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoefs/forum-da-saude/e-natjus>>. Acesso em: 16 out. 2018.

CONJUR. Boletim de Notícias Consultor Jurídico. *Monstro da judicialização: Sistema de saúde é ameaçado por excessos da Justiça, diz Gilmar Mendes*. Por Brenno Grillo. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2017-mai-29/sistema-saude-ameacado-excessos-justica-ministro>>. Publicado em 29 maio 2017. Acesso em: 16 out. 2018.

DWORKIN, R. *O império do direito*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2014.

MINAS GERAIS. Corregedoria Geral de Justiça – CGJ. *Recomendação nº 10 / CGJ/2011*. Publicada em 8 jun. 2011. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/crm00102011.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

MINAS GERAIS. Corregedoria Geral de Justiça – CGJ. *Recomendação nº23/CGJ/2012*. Revoga a Recomendação nº 10 / CGJ/2011. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/crm00232012.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

MINAS GERAIS. Corregedoria Geral de Justiça – CGJ. *Recomendação nº 4/CGJ/2017*. Recomenda a adoção de medidas para a solução de demandas judiciais envolvendo assistência à saúde no Estado de Minas Gerais. Publicada em: 21 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/crm00042017.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

MINAS GERAIS. Corregedoria Geral de Justiça – CGJ. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça. *Resolução nº 829 de 29 de junho de 2016*. Dispõe sobre o estabelecimento de competência prioritária para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e à saúde suplementar em todas as Comarcas integradas por mais de uma Vara Cível, de Fazenda Pública ou da Infância e da Juventude. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re08292016.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

MINAS GERAIS. Corregedoria Geral de Justiça – CGJ. *Biblioteca Digital do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais*. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SCHULZE, C. J. *Judicialização da Saúde no Século XXI*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.

SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. *Direito à saúde – Análise à luz da judicialização*. Porto Alegre: Verbo, 2015.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STF. Jurisprudência. Decisões Monocráticas. *Petição 5828 MC / SP. Medida Cautelar na Petição*. Relator: Ministro Edison Fachin. Julgamento 06/10/15. Disponível em: <<https://goo.gl/gFb7Gn>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STF. *Audiência Pública nº 4*. Realizada em 28 abr. 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STF. *RE 855178 RG / SE – Sergipe. Repercussão Geral no Recurso Extraordinário*. Relator: Ministro Luiz Fux. Julgamento: 5 abr. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/fbEuz4>> Acesso em: 16 out. 2018.

Judicialização da Saúde e Princípio da Transparência: O sistema declaraSUS*

Judicialization of Health and the Transparency Principle: DeclaraSUS System

Polianna Pereira dos Santos¹

¹Mestra em Direito Político (UFMG). Especialista em Ciências Criminais (IEC-PUC Minas). Professora de pós-graduação em Direito Eleitoral na PUC Minas e na ESA OAB/MG. Assessora-Chefe da Chefia de Gabinete da SES/MG. Membro fundadora da Academia Brasileira de Direito Eleitoral e Político (ABRADEP). Diretora-Presidente da Associação Visibilidade Feminina. Participou da Comissão Organizadora do I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde realizado em abril de 2018 em BH/MG. poliannasantos@gmail.com

RESUMO: O artigo se pauta na premissa da fundamentalidade do direito à saúde no Brasil e destaca o fato de que tal direito é implementado via de regra por políticas públicas, sem afastar a possibilidade da propositura de ações judiciais com este fim. Este segundo caso, caracterizador do fenômeno crescente da judicialização da saúde, demanda atenção e cuidado do Poder Judiciário e dos órgãos públicos, sobretudo em vista dos elevados custos que traduz. O presente estudo alerta para a importância do princípio da transparência tanto para a fiscalização e acompanhamento das políticas públicas quanto das ações judiciais propostas para efetivar o acesso à saúde, e apresenta a ferramenta desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, o Sistema DeclaraSUS, com base nas Leis Estaduais 22.440/2016 e 22.921/2018.

Palavras-chave: Saúde; Direito Fundamental; Judicialização; Política pública; Transparência.

ABSTRACT: *This article is based on the premise of the fundamental right to health in Brazil, and features the fact that such right is implemented as a rule by public policies, without ruling out the possibility of filing lawsuits for this purpose. This second case, characterizing the growing phenomenon of the judicialization of health, demands attention and care from the Judiciary and the public agencies, especially in view of the high costs it represents. This study apprises the importance of the principle of transparency for both the supervision and monitoring of public policies, and also for the judicial actions proposed to implement access to health care. It presents the tool developed by the Department of Health of the State of Minas Gerais, the DeclaraSUS System, based on State Laws 22440/2016 and 2292 /2018.*

Keywords: Health Fundamental Right; Judicialization; Public policies; Transparency.

* Este artigo consiste em adaptação de palestra proferida no I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde realizado em abril de 2018 em Belo Horizonte, MG.

1. Introdução

A fundamentalidade do direito à saúde no Brasil, tal qual estabelecido na Constituição da República de 1988 (BRASIL, 1988) e na Lei nº 8.080, de 1990, a Lei do SUS (Sistema Único de Saúde), é premissa necessária para a melhor compreensão do fenômeno da Judicialização da Saúde e seus impactos. Nos dizeres de Rios (2009), o direito à saúde “vincula os Poderes Públicos (Legislativo, Executivo e Judiciário) e [...] ele não pode ser subtraído da Constituição, nem mesmo por emenda constitucional”, além de significar que “no exercício desses poderes e dentro dos limites da realidade, o Estado brasileiro deve fazer o possível para promover a saúde” (p. 85). Além disso, o autor destaca que a saúde como dever do Estado é garantida essencialmente, mas não exclusivamente, por meio de políticas públicas – sociais e econômicas.

Como bem esclarece Lobato (2009, p. 722), na medida em que as políticas públicas “definem orientações governamentais que sedimentam ou alteram a posição estatal em relação aos problemas da coletividade”, elas são, portanto, “parte importante da institucionalização de valores e regras da vida coletiva”. Assim, as políticas públicas de saúde devem refletir a garantia constitucional da saúde como direito social básico (OCKÉ-REIS, 2009) diretamente relacionado com o direito à vida (FERNANDES, 2013) e à dignidade da pessoa humana (PIALARISSE, 2017).

O Poder Judiciário não pode se afastar do dever de assegurar a todos os cidadãos o direito à saúde diante das políticas públicas definidas e devidamente implementadas pelos Poderes Legislativo e Executivo, mas sua atuação não se limita a esses casos (RIOS, 2009).

Desse modo, tem-se que a Constituição da República de 1988 não permite que o Poder Judiciário se esquive de tratar do cumprimento e da observância do direito fundamental à saúde mesmo em casos que não estejam devidamente estabelecidos em políticas públicas específicas. E na tentativa de buscar efetividade a esse direito fundamental, muitas são as ações judiciais propostas, individual e coletivamente, com

a finalidade de obter medicamentos, tratamentos, alimentos, entre outros, inicialmente negados (ou não) pelo SUS por razões diversas, como a falta de previsão orçamentária ou por não constar nas Relações de Medicamentos aprovados.

No entanto, os números crescentes da Judicialização da Saúde, conforme os dados disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde¹ vêm a cada dia deslocando a verba destinada à definição de políticas de saúde pública para o atendimento de demandas individualizadas. Não raras vezes, essas demandas individualizadas dizem respeito à obtenção de medicamentos e/ou tratamentos que não são reconhecidos pelos órgãos de controle ou mesmo que não têm sua eficácia comprovada para as enfermidades para as quais são indicadas.

Schulze (2014, s/p) pondera que, conquanto as diretrizes constitucionais sobre a saúde não garantam ao “cidadão o direito ilimitado de postular o recebimento de medicamento na via judicial”, já que o dever do Estado somente existe a partir da “comprovação específica da eficiência, da eficácia e do custo-efetividade do tratamento”, também não é possível pautar-se indiscriminadamente na “cláusula da reserva do possível [...] para obstar a efetivação do direito fundamental à saúde, observando-se as balizas objetivas e razoáveis fixadas”. Desse modo, todos os atores envolvidos na definição dessas balizas objetivas e razoáveis devem ser considerados, e ser objeto de ponderação, avaliação e fiscalização por todos.

Quando Rios discorre sobre os “princípios constitucionais informadores das políticas públicas de saúde”, enfatiza a “universalidade e integralidade” na relação que apresenta “para a determinação das exigências do direito à saúde no âmbito do SUS e para a apreciação de suas consequências diante de pedidos judiciais de medicamentos” (RIOS, 2009, p. 88-89).

Destacamos, contudo, neste breve estudo, a importância de outro princípio essencial

¹ Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/judicializacao>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

para fiscalização e acompanhamento das políticas públicas: o princípio da transparência. A transparência é uma das ferramentas mais eficazes para a promoção da integridade no âmbito público e privado. Dar publicidade a todos os atos e prestar informações à sociedade é uma forma bastante eficiente de permitir e promover o controle das ações. Não por outra razão que, mesmo em economias mais liberais que a nossa, a transparência figura como elemento central em programas – atualmente quase obrigatórios – de *compliance*,² com o fim de promover e, eventualmente, restaurar a confiabilidade e a boa imagem de empresas.

Assim, seja no que concerne à definição de políticas públicas, seja no âmbito da Judicialização da Saúde, a transparência se apresenta como elemento fundamental e princípio a ser observado. A transparência nas relações para a definição das políticas públicas de saúde é elementar para aferir a eficiência e eficácia, trazendo luz para as relações interpessoais que se estabelecem nos processos relativos às políticas públicas de saúde, evitando desperdícios na cadeia e permitindo uma maior participação da população e controle social,³ sobretudo tendo

em vista que a transparência dos atos, condutas e relações é essencial para efetivar uma maior participação e controle social.⁴

A mesma importância se dá ao princípio da transparência para o acompanhamento das ações judiciais propostas com o fito de promover a saúde pública em observância ao tratamento constitucional da matéria.

Em ambos os casos, seja na promoção da saúde por meio do implemento de políticas públicas, seja através de ações judiciais, temos o emprego do erário para aquisição de produtos e serviços com o fim de atender as demandas em cada caso. Desse modo, o acompanhamento e a fiscalização das relações estabelecidas entre profissionais da saúde e a indústria com relação aos potenciais conflitos de interesse concernem à sociedade como um todo – usuários diretos ou indiretos do Sistema Único de Saúde.

Após a *Patient Protection and Affordable Care Act*, Lei Federal de março de 2010, chamada de *Obama Care*, os Estados Unidos regulamentaram a *Sunshine Act*,⁵ que traz exigência de promoção da transparência entre os fabricantes de medicamento e os profissionais de saúde.⁶ Desse modo, os fabricantes passaram a ter que prestar informações ao Estado sobre a identificação do profissional, valor do pagamento, ou outras formas de transferência de valor, a data e a natureza dessa transferência, o nome da droga, serviço, suplementos médicos, etc., que são publicizados em um sistema de dados, o *Open Payments*.⁷

Nessa mesma linha, o estado de Minas Gerais entende que a transparência deve ser observada nas relações entre as indústrias e

² Conforme Castro e Santos (2017, p. 10), “[...] *compliance* pode ser compreendido como um conjunto de regras, normas e procedimentos implementados no âmbito da empresa, com o objetivo de cumprimento (i) de um padrão ético desejável na sociedade; (ii) das normas e legislação interna e internacional aplicáveis, inclusive das organizações internacionais; (iii) das normas internas de conduta e postura da empresa”.

³ Existem, inclusive, mecanismos e dispositivos de participação do SUS, previstos na Lei nº 8.142/1990, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, como, a título de exemplo, o Conselho de Saúde, previsto no §2º do art. 1º, segundo o qual: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

⁴ Podemos destacar uma relação muito importante entre esses três elementos – transparência, participação e controle social –, de modo que a qualidade de uma está intimamente relacionada à outra.

⁵ Disponível em: < <https://s3.amazonaws.com/public-inspection.federalregister.gov/2013-02572.pdf>>. Acesso em: 14.09.2018.

⁶ Sobre o tema, ver: AGRAWAL; BRENNAN; BUDETTI (2013).

⁷ Para mais informações sobre o tema, ver: <https://www.cms.gov/openpayments/>.

os profissionais de saúde, sobretudo tendo em vista os interesses econômicos que movimenta e o direito fundamental à saúde. Foi por essa razão e com a finalidade de criar uma cultura de publicidade e ampla informação que, de forma pioneira e inovadora no Brasil, o estado de Minas Gerais promulgou as Leis nº 22.440 (MINAS GERAIS, 2016) e nº 22.921 (MINAS GERAIS, 2018).⁸

A primeira, Lei nº 22.440/2016, dispõe sobre a obrigatoriedade de as indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes declararem as relações com profissionais de saúde, de qualquer natureza, que configurem potenciais conflitos de interesses, e a segunda, Lei nº 22.921/2018, sobre a obrigatoriedade de as empresas de produtos para a saúde e de interesse da saúde informarem ao órgão estadual competente sobre patrocínio destinado à realização de evento científico.

Para o cumprimento dessas normas, foi inicialmente criado um grupo de trabalho por meio da Resolução SES nº 5651 (MINAS GERAIS, 2017), com a participação ativa de representantes da Chefia de Gabinete, da Assessoria de Comunicação Social, da Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação, da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS) e da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde (SUBVPS). Contou também com a colaboração de representantes da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais, Fundação Ezequiel Dias, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Controladoria Geral do Estado de Minas Gerais, Conselho de Ética Pública do Estado de Minas Gerais e Conselho Regional de Farmácia.

Coube ao grupo de trabalho pesquisar, levantar dados, discutir pontos controversos, consolidar entendimentos e elaborar minuta de ato normativo visando atender a necessidade de receber as informações das empresas

afetadas pela norma e disponibilizar tais informações ao cidadão, como instrumento de transparência ativa conforme disposto na Lei Estadual nº 22.440, de 21 de dezembro de 2016.

A partir das conclusões do grupo de trabalho, a Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais desenvolveu o sistema DeclaraSUS (MINAS GERAIS, 2018). Trata-se de um sistema no formato de formulário on-line que engloba um conjunto de módulos e funcionalidades que promovem a eficiência administrativa no cumprimento da determinação legal.

Coube à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) dar publicidade às relações existentes entre as indústrias e os profissionais de saúde (no que concerne à Lei nº 22.440/2016) e entre as empresas e os organizadores de eventos científicos (no caso da Lei nº 22.921/2018). Com o desenvolvimento do sistema DeclaraSUS, a SES/MG passa a dispor de um banco de dados disponibilizado amplamente à população e que pode ser utilizado, por exemplo, no médio e longo prazo, para contribuir com os estudos e análises sobre os contratos para aquisição de produtos de interesse de saúde e as demandas judiciais.

Com a promulgação da Lei nº 22.921/2018, foi necessário rever a Resolução e o Sistema que foram desenvolvidos com base na Lei anterior – Lei nº 22.440/2016. Por essa razão, foi criado novo Grupo de Trabalhos Multidisciplinar, por meio da Resolução SES nº 6327 (MINAS GERAIS, 2018), responsável pela edição das Resoluções nº 6368 e 6369 (MINAS GERAIS, 2018), publicadas em 10 de agosto de 2018. Com essas modificações, o Sistema DeclaraSUS passou por melhoramentos para permitir a sua adaptação e cumprimento de ambas as bases normativas do estado de Minas Gerais.⁹

⁸ A norma tem sido chamada de “Sunshine Act Mineiro”, em referência à legislação norte-americana existente.

⁹ As funcionalidades para o integral atendimento da Lei Estadual nº 22.921/2018 estarão disponíveis na nova versão do Sistema DeclaraSUS, com previsão de entrega para dezembro de 2018.

Até agosto de 2018, já foi declarado no sistema o valor global de R\$ 5.781.639,07 (cinco milhões, setecentos e oitenta e um mil, seiscentos e trinta e nove reais e sete centavos), apenas com relação às exigências previstas na Lei nº 22.440/2016. Os registros tiveram início em fevereiro de 2018, e têm como referência as relações estabelecidas no ano-base 2017. A Figura 1 apresenta algumas informações acerca do DeclaraSUS.

Figura 1: DeclaraSUS: total de registros, usuários, acessos e transferências de arquivos

Dados globais	
Total de registros	6280 registros
Total de usuários cadastrados	96
Acessos (últimos 30 dias até o dia 20/08)	23.310 requisições
Transferência de arquivos (últimos 30 dias até o dia 20/08)	217.9 MB

Fonte: DeclaraSUS – Agosto/2018. Assessoria de Gestão em Tecnologia em Informação

A adoção de mecanismos de transparência ativa permite o acompanhamento e a fiscalização dessas relações entre profissionais de saúde e indústrias pela sociedade, usuários do SUS e não usuários, já que não há um limite ou uma diferenciação com relação às indústrias que tenham contratos regulares

com o estado. Eis aqui uma diferença com o *Sunshine Act*, para o qual não são todas as indústrias que precisam prestar informações. Essa diferenciação está relacionada aos modelos de saúde pública que temos no Brasil e o norte-americano.

A Constituição da República (BRASIL, 1988), ao tratar das diretrizes do SUS remete à necessária participação da comunidade, que, inclusive, é devidamente regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, referida anteriormente. A Lei do SUS, por sua vez, traz como princípio o direito à informação. Regular a transparência nessas relações é respeitar e fazer cumprir as diretrizes constitucionais e legais para o exercício do Direito Fundamental à saúde, com responsabilidade e ética.

Vale destacar que as leis não impedem que essas relações existam, apenas exigem que sejam realizadas com transparência. A indústria farmacêutica, de medicamentos, órteses, prótese, etc., e os profissionais de saúde são importantes atores da saúde, e as relações que se estabelecem entre eles devem estar pautadas em posturas éticas. Quando não há transparência na relação entre esses atores, quem perde é o paciente, o usuário do sistema de saúde e a sociedade de modo geral. ■

2. Referências

- AGRAWAL, S.; BRENNAN, N.; BUDETTI, P. The Sunshine Act – Effects on Physicians. *The New England Journal of Medicine*. 30 maio 2013 Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1303523#article_citing_articles>. Acesso em: 14 set. 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 11 nov. 2012.
- CASTRO, L. L. de; SANTOS, P. P. dos. *Compliance em empresas familiares: Guia legal para sociedades empresárias*. Pará de Minas, MG: Virtual Books, 2017.
- FERNANDES, B. G. *Curso de Direito Constitucional*. 5. ed. Salvador: Juspodium, 2013.
- LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535008>>. Acesso em: 16 ago. 2018.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução nº. 6368, de 10 de agosto de 2018*. Regulamenta o Decreto nº 47.334, de 29 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a obrigatoriedade de as indústrias declararem relações com profissionais de saúde, de qualquer natureza, que configurem

potenciais conflitos de interesse e aprova o Manual do Usuário para o Sistema DeclaraSUS. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87AO_6368.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Assessoria de Gestão em Tecnologia em Informação. *DECLARASUS*. Ferramenta tecnológica. 2018. Disponível em: <<http://declarasus.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em 13 ago. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução nº 5.651, de 14 de março de 2017*. Institui grupo de trabalho destinado a promover estudos sobre assuntos relativos à Lei Estadual nº 22.440, de 21 de dezembro de 2016. 21 mar. 2017. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o_5651.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução nº 6327, de 13 de julho de 2018*. Institui Grupo de Trabalho destinado a promover estudos sobre assuntos relativos à Lei Estadual nº 22.921, de 13 de janeiro de 2018, e sua equalização com a Lei Estadual nº 22.440, de 21 de dezembro de 2016 e o Sistema Declara-Sus. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6327.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução nº 6369, de 10 de agosto de 2018*. Regulamenta a Lei Estadual nº 22.921, de 12 de janeiro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de as empresas de produtos para a saúde e de interesse da saúde informarem ao órgão estadual competente sobre patrocínio destinado à realização de evento científico e aprova nova versão do Manual do Usuário para o Sistema DeclaraSUS. 13 ago. 2018. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o_6369.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. *A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?* Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2009. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1549/1/TD_1376.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

PIALARISSE, M. A. S. O fornecimento de medicamento de alto custo e sem registro na ANVISA: direito fundamental à saúde e à qualidade de vida. In: CUNHA, P. P.; CARVALHO, T. R. (Orgs.). *Questões atuais do Direito brasileiro e a Jurisprudência do STF*. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2017.

RIOS, R. R. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos. In: LOBATO, L. de V. C.; FLEURY, S. (Orgs.). *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

SCHULZE, C. J. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. *Revista de Doutrina da 4ª Região*, Porto Alegre, n. 58, fev. 2014. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html>. Acesso em: 16 ago. 2018.

A judicialização da saúde no estado de Minas Gerais*

The judicialization of health in Minas Gerais state

Patrícia de Oliveira¹

Daniela de Cassia Domingues²

¹Assessora-Chefe do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde, de janeiro de 2017 a maio de 2018. Apresentou a palestra “A Judicialização da Saúde no Estado de Minas Gerais” no dia 3 de abril de 2018, no I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde. Membro da Comissão Organizadora do I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde.

²Coordenadora da Coordenação Técnica-Jurídica do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde e membro da Comissão Organizadora do I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde.

RESUMO: Nos últimos anos, a via judicial tem sido a estratégia de garantia do acesso a diferentes tecnologias em saúde no Brasil. Tal prática, na maioria das vezes, desconsidera o importante papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) regulamentado na Lei nº 12.401/2011, que trata sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a intervenção do Judiciário no Brasil causa distorções nos princípios constitucionais do direito à saúde, à medida que ignora que o acesso deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas e avaliação quanto à sua eficácia, segurança, efetividade, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Este artigo resulta da apresentação realizada no I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde e aborda os diferentes aspectos e impactos da judicialização da saúde no Estado de Minas Gerais. **Palavras-chave:** Judicialização da saúde. Direito sanitário. Política informada por evidências.

ABSTRACT: *In recent years, lawsuits have been used as strategy to ensure the access of different health technologies in Brazil. This practice mainly disregards the important role of the National Commission for Health Technologies Incorporation (CONITEC), regulated by the Law nr. 12.401/2011, which establishes therapeutic care and the incorporation of health technologies within the Brazilian Unified Health System (SUS). Therefore, the intervention of the Brazilian Judiciary distorts the constitutional right to health, as it ignores that access must be guaranteed through social and economic policies, as well as the evaluation of its effectiveness, safety, and effectiveness, according to the SUS principles and guidelines. This article is a result of a presentation at the First Seminar of Judicialization of Health in Minas Gerais State. It addresses different approaches and impacts of the judicialization of health in Minas Gerais state.*

Keywords: Judicialization of Health. Health Law. Evidence-Informed Policy.

* O presente artigo consiste em uma adaptação de palestra proferida na “Mesa 1 – Atores da Judicialização da Saúde”, como parte do “I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde”, realizado em abril de 2018.

Foi publicada em 28 de abril de 2011 a Lei nº 12.401, que traz dispositivos legais sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando assim a Lei 8.080/1990 e atribuindo ao Ministério da Saúde, com o apoio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC), a responsabilidade de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos ofertados pelo SUS, bem como a constituição ou a alteração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Sendo assim, no Brasil, para que um novo medicamento, procedimento, equipamento ou produto seja incorporado ao SUS, é necessário que a CONITEC faça uma avaliação em relação à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade, levando em consideração todos os estudos científicos relevantes sobre a nova tecnologia.

A promoção do uso sistemático de evidências científicas é um dos principais desafios da formulação e implementação de políticas de saúde, devendo ser empregada com o objetivo de melhorar a aplicação de recursos, buscando mais efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde, além de levar em consideração os aspectos de segurança e equidade (BRASIL, 2016). Assim como o *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) no Canadá e o Comitê de Avaliação de Tecnologias do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) do Reino Unido, a CONITEC foi criada para subsidiar, através do uso das melhores evidências científicas disponíveis, os processos de tomada de decisão de cobertura de serviços de saúde (ARAÚJO; DISTRUTTI; ELIAS, 2017).

No Brasil, apesar da criação dessa importante instância de apoio às decisões de cobertura de serviços de saúde, de forma sistemática, técnica e transparente, com o envolvimento de todas as partes interessadas e levando em consideração os valores da sociedade, a via judicial tem sido utilizada como estratégia de garantir a disponibilização, principalmente de medicamentos, para uma parcela da população (ARAÚJO;

DISTRUTTI; ELIAS, 2017; TOMA *et al.*, 2017). No entanto, estudos demonstram o deferimento quase absoluto dos pleitos das ações pelo Poder Judiciário, muitas vezes sem levar em consideração as evidências científicas, ou mesmo as políticas públicas vigentes (SANT'ANA, 2011; PEPE *et al.*, 2010; TOMA *et al.*, 2017).

A “des” construção das políticas públicas é potencializada à medida que muitas decisões judiciais têm como objeto produtos “novos” que não apresentam um aumento efetivo dos resultados de tratamentos já estabelecidos, mas são fruto de um intenso trabalho de propaganda com os prescritores e do *lobby* da indústria e do comércio de produtos farmacêuticos, inclusive com as associações de portadores de doenças crônicas, que fazem com que tanto os prescritores quanto os usuários passem a acreditar na imprescindibilidade do uso do novo medicamento lançado (GADELHA, 2014; CHIEFFI; BARATA, 2010).

Gadelha (2014) descreve levantamento realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o qual 419 dos 433 (97%) novos medicamentos classificados como inovadores, registrados de março de 2004 a dezembro de 2011 pela agência, não apresentaram ou não comprovaram qualquer tipo de ganho terapêutico em relação aos medicamentos que já são comercializados no Brasil. Tais dados corroboram as informações do órgão americano para controle de medicamentos e alimentos, o *Food and Drugs Administration* (FDA), que relata que a obtenção de produtos inovadores é rara no mercado, uma vez que a maior parte dos registros se refere a medicamentos do tipo “imitação”, também chamados de *mee too*, ou seja, medicamentos classificados no mesmo nível de outros já disponíveis no mercado americano para tratar a mesma condição clínica (CHIEFFI; BARATA, 2010).

É importante ressaltar que, como já relatado por Rawlins (2011), não há no mundosistema de saúde capaz de fornecer todas as tecnologias disponíveis a todos os cidadãos. Sendo assim, a interferência

do Judiciário brasileiro traz distorções nos princípios constitucionais do direito à saúde quando desconsidera que esse direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, e avaliação quanto à sua eficácia, segurança e efetividade, conforme os princípios e diretrizes do SUS. De acordo com Campos Neto *et al.*(2018), as decisões judiciais visam atender ao direito constitucional e às necessidades do usuário e assim interferem no arranjo estabelecido pela política pública e intervêm inclusive na decisão da alocação de recursos, interferindo ainda no princípio da equidade. Tal desordem também é apontada por Delduque (2015), que em seu trabalho cita ainda a desordem no sistema judiciário.

Por sua vez, Pepe *et al.* (2010) aborda a importância do conhecimento de aspectos relacionados ao perfil da judicialização, bem como ao próprio rito desse processo, uma vez que o entendimento desse cenário pode ser relevante para os gestores da saúde, para o Judiciário e para todos os outros atores envolvidos na judicialização da saúde, tais como o cidadão e as associações de portadores de doenças, a indústria de produtos de saúde, os prescritores, a Defensoria Pública, o Ministério Público e a Advocacia Geral do Estado.

Dessa forma, somente com a compreensão ampla da judicialização e de todas as suas interfaces, pode-se intervir nas distorções advindas desse processo e promover, de forma efetiva, melhorias na assistência à saúde para a população. Nesse sentido, o presente artigo tem o objetivo de apresentar informações sobre o perfil da judicialização no estado de Minas Gerais, levantadas pelo Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS), bem como relatar as estratégias adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), com vistas a assegurar maior eficiência das políticas públicas e na solução das demandas judiciais envolvendo assistência à saúde.

Diante do crescimento exponencial da judicialização da saúde no estado de Minas Gerais e do contexto apresentado acima, a

SES-MG, através da Resolução SES/MG nº 4.429, criou, em 2014, um setor específico para gerenciar as demandas extraordinárias, setor esse denominado Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde, cuja finalidade consiste em:

Art. 10. [...] atender demandas extraordinárias, conforme estabelecido pelo Secretário de Estado de Saúde, competindo-lhe:

I - Propor e implementar métodos e rotinas de trabalho que agilizem a execução das demandas de sua área de atuação.

Artigo com redação dada pelo art. 4º do Decreto nº 46.618, de 7/10/2014.

O crescimento da judicialização, a partir de 2014, pode ser observado na Tabela 1, conforme demandas judiciais em face do estado registradas no Sistema Integrado da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

Tabela 1: Novas ações judiciais cadastradas no SIGAF, ano a ano, no Estado de Minas Gerais, de 2014 a 2017 (em números absolutos)

Ano	Ações Judiciais (novas)*	Média Mensal (novas)*
2014	12.760	1.063
2015	15.383	1.282
2016	16.978	1.415
2017	15.676	1.306

Fonte: Adaptada a partir das informações do site da SES-MG

Essa elevação é também visualizada por meio do Índice Mineiro de Judicialização em Saúde (IMJS), calculado com base no número de beneficiários que possuem ações judiciais ativas cujo objeto contenha um ou mais medicamento e/ou insumo terapêutico, em relação a 10.000 habitantes. O IMJS(-Quadro 1) evidencia que a judicialização da saúde é um fenômeno que apresenta heterogeneidade entre as 28 Regionais de Saúde do estado de Minas Gerais, uma vez que houve variação de 1,04 (Regional de Januária) a 25,75 (Regional de Divinópolis). Vale observar que a Regional de Divinópolis é uma das 11 Regionais de Saúde que apresentaram índices acima da média estadual, mostrando um valor quase três vezes maior que a média.

Quadro 1: Índice Mineiro de Judicialização em Saúde (IMJS) relativo a ações ativas de medicamentos e insumos terapêuticos, por regional de saúde da SES-MG, em fevereiro de 2018

Regional de saúde	Número de beneficiários de ações judiciais	População (2016)	Índice*
Alfenas	533	485.859	10,97
Barbacena	269	525.166	5,12
Belo Horizonte	4.834	5.454.400	8,86
Coronel Fabriciano	502	838.603	5,99
Diamantina	95	428.461	2,22
Divinópolis	3.287	1.276.557	25,75
Governador Valadares	239	697.988	3,42
Itabira	333	453.531	7,34
Ituiutaba	171	195.330	8,75
Januária	44	423.446	1,04
Juiz de Fora	931	810.544	11,49
Leopoldina	297	241.770	12,28
Manhumirim	701	474.254	14,78
Montes Claros	191	1.108.696	1,72
Passos	573	418.088	13,71
Patos de Minas	701	428.594	16,36
Pedra Azul	36	320.757	1,12
Pirapora	76	146.816	5,18
Ponte Nova	172	355.269	4,84
Pouso Alegre	643	979.458	6,56
São João Del Rei	250	263.187	9,50
Sete Lagoas	394	628.554	6,27
Teófilo Otoni	156	523.497	2,98
Ubá	851	487.716	17,45
Uberaba	608	768.771	7,91
Uberlândia	1.107	1.086.659	10,19
Unai	177	271.380	6,52
Varginha	1.180	904.209	13,05
Total geral	19.351	20.997.560	9,22

*Índice por 10.000 habitantes.

Fonte: Elaborado pelos autores e adaptado do trabalho realizado por Toma (2017) com base dos dados da Subsecretaria de Gestão Regional e Núcleo de Planejamento (NAJS).

Em 2016, a SES-MG chegou a disponibilizar R\$ 287.331.790,48 para atendimento das demandas judiciais, ano que atingiu seu maior gasto com a judicialização. Empreender esforços para que a demanda judicial seja atendida conforme disponibilidade do produto ou serviço dentro das políticas vigentes é de fundamental importância, tanto para inclusão do usuário na rede de assistência conforme os princípios do SUS/MG quanto

para racionalização da utilização dos recursos destinados à saúde.

Considerando a inobservância pelo Judiciário das políticas públicas vigentes, a Resolução SES-MG nº 5.461/2016, que instituiu a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, na ação 2.2.1.1, estabelece a interlocução entre o NAJS e a Coordenação de Saúde Mental como uma ação específica capaz de intervir no processo

de judicialização da saúde mental, “[...] redirecionando o fluxo das solicitações de internações compulsórias para a RAPS mediante o reposicionamento do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde – NAJS”.

No entanto, faz-se necessário o avanço desta estratégia para outras áreas na SES-MG, inclusive na assistência farmacêutica, conforme conclusão de estudo de Santos (2018), que examinou o atendimento prestado aos pacientes de fibrose cística, que ocorre pela via judicial e administrativa:

No que tange à dispensação de medicamentos, pode-se demonstrar que as vias de atendimento estabelecidas precisam ser revistas de forma a suprir a demanda dos usuários, e passar a dispensar os medicamentos discutidos neste trabalho para a via do CEAF. Pode-se observar que não existem grandes diferenças nos valores de compra dos medicamentos, contudo

a melhor via de atendimento se configura a via onde o Estado terá o ressarcimento deste atendimento e não precisará empregar recurso próprio. Diante disto identifica-se a necessidade de mais estudos sobre esta temática para melhorar a assistência aos pacientes, racionalizar o gasto público para a dispensação dos medicamentos destinados ao tratamento da fibrose cística e contribuir com avanços na elaboração e efetivação de políticas públicas destinadas a promover uma maior qualidade de vida a essa população (SANTOS, 2018, p.24).

Apesar de nas ações judiciais no estado de Minas Gerais a demanda por medicamentos representar grande parte das solicitações, outros insumos, tais como serviços de saúde e internações são pleiteados com frequência. Chama a atenção a demanda por itens pertencentes ao gênero alimentício (TAB.2) e de vestuário (TAB.3).

Tabela 2: Descrição dos itens pertencentes ao grupo: gêneros alimentícios e bebidas, solicitados judicialmente

Classe*	Especificação do objeto da ação	Marca exigida na ação
Açúcar e produtos de confeitaria	Açúcar cristal	Sem marca específica
	Creme tipo chantilly	Sem marca específica
	Doce em lata	Sem marca específica
	Farinha de trigo	Rilla
	Gelatina	Gelli Way
Alimentos preparados e Alimentos dietéticos	Salgados- tipo coxinha Apresentação: congelado Baixo teor de fenilalanina. Peso aproximado: 100 g	Sem marca específica
Condimentos e produtos correlatos	Azeitona	Villefrut
	Molho - tipo de tomate	Arisco
Farinhas e produtos de panificação	Biscoito – tipo polvilho	Sem marca específica
	Biscoito – tipo sequilhos	Seven Boys
	Macarrão- tipo parafuso	Rilla
	Macarrão- tipo talharim	Rilla
	Pré-mistura – tipo pão de queijo, baixo teor fenilalanina	Sem marca específica
	Pão-tipo de forma, baixo teor de fenilalanina	Sem marca específica
Óleos e gorduras comestíveis	Óleo vegetal - tipo Canola	Sem marca específica
Ovos e laticínios	Creme de leite – tipo fresco, esterilizado	Sem marca específica
Produtos e preparados solúveis	Amido de milho	Cremonema
Sorvetes, sucos, refrescos e bebidas lácteas	Suco/néctar de frutas – Identificação: natural; Sabor: variados; aroma: pronto para uso	Yoki

Fonte: Coordenação Planejamento NAJS e Portal de Compras MG

Tabela 3: Descrição dos itens pertencentes ao grupo: vestuários e equipamentos individuais de uso comum e especial, solicitados judicialmente

Classe*	Especificação do objeto da ação	Modelo exigido na ação
Vestuários exteriores para mulheres	Calça feminina modelo	Legging press - cor preta
	Camisa feminina de manga longa - modelo	Sport fit- Tamanho médio cor magenta royal
	Luva proteção solar tamanho médio	Sem marca específica
	Chapéu feminino- matéria-prima: 100% poliamida	Beverly Hills
	Sombriinha - máxima proteção FPU50+	Dobrável

Fonte: Coordenação Planejamento NAJS.

É importante destacar ainda que é comum a exigência nas decisões judiciais da entrega do produto ao autor em prazo de poucas horas ou dias, inclusive sob pena de aplicação de multa ou até mesmo prisão do agente administrativo responsável pelo cumprimento (ARAÚJO, 2016). Tal fato desconsidera não somente a necessidade de aquisição do produto, como os preceitos constitucionais orçamentários e as leis orçamentárias vigentes, bem como todo o processo logístico para efetivamente o item ser entregue ao autor da ação:

[...] Neste sentido, a aquisição de medicamentos exige, em tese, a abertura de processo de licitação. Mesmo nos casos em que se entenda pelo cabimento da dispensa de licitação, nos termos do que permite a Lei nº 8.666/1993, há um processo administrativo inafastável a ser empreendido, com a manifestação de diversos setores da Administração Pública. Portanto, o cumprimento de determinação judicial nos termos afirmados é tanto fática, quanto juridicamente impossível o que impõe ao administrador a necessidade de escolher entre descumprir a decisão judicial ou o ordenamento jurídico como um todo (ARAÚJO, 2016, s/p.).

Diante da inviabilidade de atendimento pela via administrativa estabelecida pelo SUS/MG, resta a SES-MG realizar a abertura de processo administrativo licitatório, nos termos previstos na Lei nº 8.666/93, para o cumprimento das demandas judiciais. Tal procedimento torna-se ainda mais complexo, pelo fato de o Judiciário adotar a premissa da inquestionabilidade da prescrição médica, já abordada por Gadelha (2014), cabendo ainda à administração pública realizar a aquisição de diferentes marcas para um mesmo fármaco,

diante da exigência da decisão judicial, conforme exemplo demonstrado na Tabela 4. Os dados ali apresentados demonstram ainda a interferência da indústria farmacêutica nas decisões judiciais, à medida que a solicitação pelo medicamento não incorporado ao SUS não se dá de forma genérica, mas sim por uma prescrição direcionada por diversos laboratórios farmacêuticos.

Tabela 4: Apresentações farmacêuticas contidas nas ações judiciais de rosuvastatina e marcas exigidas nas decisões judiciais

Medicamento	Marca / nome genérico
Rosuvastatina cálcica 5mg	Crestor®
	Rusovas®
Rosuvastatina Cálcica 10mg	Nome genérico
	Rosulib®
	Plenance®
	Rosucor®
	Rusovas®
	Crestor®
	Rostatin®
	Trezor®
	Vivacor®
	Zinpass®
Rosuvastatina Cálcica 20mg	Nome genérico
	Plenance®
	Rosucor®
	Rosulib®
	Rusovas®
	Trezor®
	Vivacor®
Crestor®	
Rosuvastatina cálcica 40mg	Crestor®

Fonte: Elaboração própria.

Vale ressaltar que o atendimento aos pacientes portadores de dislipidemia é previsto no âmbito do SUS, com o fornecimento de diversos medicamentos, incluindo outros representantes das classes das estatinas como sinvastatina, atorvastatina, pravastatina, lovastatina, além dos fibratos como bezafibrato, ciprofibrato, fenofibrato e genfibrozila e do ácido nicotínico. Em relação à incorporação da rosuvastatina na avaliação realizada pela CONITEC, não houve recomendação para inclusão do fármaco no Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de dislipidemia, portanto, não é disponibilizada no SUS.

Há um único estudo de prevenção primária em pacientes de risco intermediário (risco de eventos cardiovasculares de 10%-20% em 10 anos, pelo Escore de Risco de Framingham) que avaliou desfechos primordiais com rosuvastatina. Esse estudo clínico randomizado incluiu homens acima de 50 anos e mulheres acima de 60 anos, sem história de eventos cardiovasculares nem diagnóstico de diabetes melito, com níveis de LDL-C acima de 130 mg/dL e de proteína-C reativa altamente sensível

igual ou acima 2 mg/l. A intervenção, comparada com o placebo, reduziu significativamente desfechos cardiovasculares maiores e mortalidade total. Esse estudo, entretanto, tem sido motivo de grande controvérsia no meio científico, sendo desacreditado por alguns autores devido à finalização precoce sem uma definição *a priori* explícita dos critérios, incidência de eventos muito aquém do esperado e grande potencial de conflitos de interesse, entre outros. Vale ressaltar também que a rosuvastatina associou-se, na análise individual das estatinas, ao desenvolvimento de diabetes melito em metanálise, com aumento de risco de 18%. Pelas razões apresentadas, a rosuvastatina não foi incluída no PCDT e, portanto, não é disponibilizada pelo SUS (CONITEC, 2016, p.130).

Diante do cenário apresentado e com vistas a “melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”, conforme Recomendação do Conselho Nacional de Justiça nº 31, a SES-MG assinou diversos termos de cooperação técnica, a saber:

Quadro 2: Termos de Cooperação Técnica assinados entre SES/MG, TJMG, MPMG, DPMG, AGE e ESP/MG

Termo de Cooperação	Objeto do Termo de Cooperação	Resultados obtidos
Termo de Cooperação Técnica entre a SES-MG e o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG)	Atuar na conciliação processual, disponibilizando até 2 servidores da área da saúde nas especializadas médica e farmacêutica, que ficarão disponíveis duas vezes por semana no TJ para prestarem informações acerca da Política Pública de Saúde e consequentes (co) responsabilidades na gestão do setor de saúde pública	Efetuada 200 conciliações nos 463 atendimentos realizados (43,19%) entre os meses de janeiro a dezembro de 2017
Termo de Cooperação Técnica entre a SES-MG e Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG)	Viabilizar a obtenção de subsídios técnicos, exclusivamente por e-mail, aos magistrados nas ações que tenham por objeto compelir o Estado de Minas Gerais e nas ações conjuntas – Estado e Município – ao fornecimento de medicamentos, procedimentos, materiais, próteses, exames e insumos nutricionais	Elaboradas 1.389 respostas ao Judiciário por profissionais médicos, farmacêuticos e nutricionista do NAJS-SES-MG , entre os meses de janeiro a dezembro de 2017
Termo de Cooperação Técnica entre a SES-MG e a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais(DPMG)	Disponibilizar farmacêuticos, versados nas regras do SUS, para atendimento dos assistidos na sede da DPMG, no município de BH e regionais de Uberlândia, Divinópolis, Juiz de Fora, Montes Claros e Sete Lagoas	Na sede da DPMG, localizada no município de Belo Horizonte, foram realizados 776 atendimentos no período de janeiro a dezembro de 2017

[Continuação]

Quadro 2: Termos de Cooperação Técnica assinados entre SES/MG, TJMG, MPMG, DPMG, AGE e ESP/MG

Termo de Cooperação	Objeto do Termo de Cooperação	Resultados obtidos
Termo de Cooperação Técnica, Científica, Administrativa e Operacional entre a SES-MG, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG), Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais (TJMG), Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG), Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais (DPMG) e Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais (AGE)	Pesquisa em Direito Sanitário, curso de especialização <i>lato sensu</i> em Direito Sanitário e banco de dados com notas técnicas, artigos científicos e jurídicos sobre saúde pública	Pesquisa e banco de dados em andamento -Formação de especialistas em Direito Sanitário nas turmas finalizadas. Nova turma iniciada em 2018

Fonte: Elaboração própria

A judicialização é um assunto complexo e somente com a participação ativa dos diversos atores envolvidos nesse processo pode-se compreender melhor o fenômeno da judicialização no estado de Minas Gerais. O I Seminário Mineiro de Judicialização da Saúde, realizado nos dias 2 e 3 de abril de 2018, foi um importante espaço de discussão do tema e possibilitou a ampliação da discussão

com a participação da sociedade e de diversos órgãos de controle e das mais variadas esferas da administração pública. Espera-se que a palestra, assim como o presente artigo, contribuam para pontuar aspectos relevantes da judicialização em Minas Gerais e destacar a importância da ampliação e manutenção de espaços de discussão sobre a temática, avançando na construção efetiva do SUS/MG.

Referências

- ARAÚJO, C. P. D. **A concessão judicial de medicamentos para o tratamento oncológico: Uma questão de normatividade.** Comitê Executivo Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<http://www.comitesaudemg.com.br/www/a-concessao-judicial-de-medicamentos-para-o-tratamento-oncologico-01-03-16/>>. Acesso em: 7 set. 2018.
- ARAÚJO, D. V.; DISTRUTTI, M. D. S. C.; ELIAS, F. T. S. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. **J Bras Econ Saúde**, v. 9, p. 4-40, 2017.
- BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão.** 2. ed. Brasília, DF, 2016.
- CAMPOS NETO, O. H.; GONCALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 165-176, mar. 2018.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. D. C. B. Ações Judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, jun.2010.
- COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS(CONITEC). **Ficha Técnica sobre Medicamentos: Rosuvastatina para dislipidemia.** Brasília, DF, 2016.p. 4.
- DELDUQUE, M. C.; CASTRO, E. V. D. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 506-513, jun. 2015.

GADELHA, M. I. P. O papel dos médicos na judicialização da saúde. **CEJ**, Brasília, v. 18, n. 62, p. 65-70, jan./abr. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 4.429 de 01 de agosto de 2014. Regulamenta a competência do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde e dá outras providências. Disponível em: < https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2015/ciclo_judicializacao_saude/documentos/material_referencia/resolucao_ses_4429_2014.pdf>.

PEPE, V. L. E. *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar.2010.

RAWLINS, M. D. Commentary: The Death of Clinical Freedom. **International Journal of Epidemiology**, v. 40, n. 4, p. 859-861, ago.2011.

SANT’ANA, J. M. B. *et al.* Racionalidade Terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 45, p. 714-21, 2011.

SANTOS, T. A. O. Dispensação de Medicamentos para Fibrose Cística no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018. **Monografia** (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização em direito sanitário) - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2018.

TOMA, T. S. *et al.* Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 35-54, jan/mar 2017.

O controle judicial das políticas públicas no contexto da judicialização da saúde

Judicial control of public policies in the context of judicialization of health

Maria Gabriela Araújo Diniz¹
Luciana Souza d'Ávila²

¹Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
maria.diniz@esp.mg.gov.br

²Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

RESUMO: Pretende-se, neste artigo, analisar o controle judicial das políticas públicas, apresentando suas críticas e defesas, e, posteriormente, apontar os efeitos da judicialização no âmbito das políticas públicas de saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura que englobou artigos, livros e documentos legais. A efetividade do direito à saúde depende, principalmente, do Poder Executivo, ao qual cabe a responsabilidade de organizar a rede de serviços públicos, por meio da elaboração e da execução das políticas públicas nesse âmbito. O Judiciário, por sua vez, deve assegurar o respeito ao direito, apreciando as lesões ou ameaças de lesão ao direito à saúde levadas a seu conhecimento. Nesse sentido, a proposição de ações judiciais torna-se parte da efetividade do direito à saúde, não se podendo dizer, portanto, que falta ao Judiciário legitimidade para tutelar as políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Controle judicial de políticas públicas; Judicialização da política; Judicialização da saúde.

ABSTRACT: *This paper aims to analyze the judicial control of public policies, presenting criticisms and defenses, and also to point out the effects of the judicialization in the scope of public health policies. A narrative review of the literature was conducted, which involved articles, books and legal documents. The effectiveness of the right to health depends, particularly, on the Executive Branch, which is responsible for the organization of public services, by elaborating and executing public health policies. The Judiciary Branch must ensure the respect to the laws by the analysis of lesion or threat of lesion to the right to health, which is brought to its attention. In this way, the proposition of judicial actions become part of the effectiveness of the right to health, which states the legitimacy of the Judiciary to protect public health policies.*

Keywords: *Judicial control of public policies; Judicialization of politics; Judicialization of health.*

1. Introdução

A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 (CRFB/88), o direito à saúde, que até então era um direito assegurado apenas aos trabalhadores urbanos com vínculos laborais formais (ELIAS, 2004), passa a ser considerado um direito fundamental, de acesso amplo, e que deveria ser prestado e financiado pelo Estado, como pode-se verificar no art. 196 da Carta Magna:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas 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, 1988).

Esse direito foi incluído no rol dos direitos sociais, classificação pela qual se reveste de caráter subjetivo, que garante um direito individual e o respectivo dever do Estado de assegurá-lo (RAMOS, 2005). Dizer que o direito à saúde é um direito social significa, pois, que o indivíduo pode exigir do Estado prestações positivas de ações e serviços de saúde (MAGGIO; DALLARI, 2016). Abre-se, conseqüentemente, a possibilidade de que os indivíduos acionem o Poder Judiciário para, por meio de decisões judiciais, obter as prestações de que necessitam. Tem início, então, a expansão da judicialização da política, por meio da qual o Judiciário passa a interferir em temáticas anteriormente características do âmbito político-partidário ou individual (BARREIRO; FURTADO, 2015).

O Judiciário, cuja atuação incide majoritariamente em casos de violação de direitos civis e políticos, ou seja, casos de direitos de defesa contra o Estado e para os quais o adimplemento se realiza pela abstenção de uma ação potencialmente violadora, passa a deparar com casos em que o Estado falha na garantia dos direitos de prestação, os quais demandam uma ação. Cabe ao Judiciário, então, impor à administração pública que garanta a implementação das políticas públicas de forma que as prestações se tornem disponíveis para a população e essa imposição, por

sua vez, possa impactar a organização da gestão pública (BARREIRO; FURTADO, 2015).

Pretende-se, neste artigo, analisar o controle judicial das políticas públicas, apresentando suas críticas e defesas, e, posteriormente, apontar os efeitos da judicialização no âmbito das políticas públicas de saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, a qual englobou artigos, livros e documentos legais.

2. Constituição Federal de 1988 e a judicialização da política

Ao longo do período republicano no Brasil, o Poder Judiciário ganhou autonomia em relação ao Poder Executivo, o que veio a culminar, com a promulgação da CRFB/88, na expansão da atuação política dos juízes e tribunais.

No Império, o Judiciário somente era autorizado a analisar assuntos entre particulares e era-lhe expressamente vedada a análise de qualquer questão política (CARVALHO, 2010). Os juízes e os tribunais não tinham autonomia e sua atuação submetia-se à vontade do monarca (COMPARATO, 2004), de forma que se podia afirmar que o Judiciário era um “apêndice do Executivo” (CARVALHO, 2010, p. 178).

Com a instauração do período republicano, houve a ampliação da atuação do Judiciário, que, além dos assuntos privados, passou a conhecer assuntos envolvendo o interesse público (CARVALHO, 2010). Contudo, a interferência do Executivo, embora limitada, não foi eliminada. O controle concentrado de constitucionalidade por meio de intervenção, como exemplificado por Carvalho (2010), era confiado exclusivamente ao Procurador Geral da República, ou seja, estava sob o controle da Presidência. Nesse sentido, o executivo continuava a controlar o que poderia ser judicializado. A partir da CRFB/88, entretanto, consolidou-se a independência do Judiciário não somente em relação ao Executivo, como também ao Legislativo (CARVALHO, 2010).

Segundo Verbicaro (2008), a Carta Magna foi uma das condições que facilitaram o

processo de judicialização da política, pois a CRFB/88 atribuiu ao Judiciário a incumbência de proteção dos direitos fundamentais e, nesse esforço, o Judiciário deve apreciar se a atividade política é compatível com o texto constitucional (GRINOVER, 2010).

A judicialização envolve também a participação do Judiciário na “concretização de valores e fins constitucionais” (BARROSO, 2012, p. 9), o que pode resultar na interferência desse Poder nas políticas públicas.

No sentido constitucional, a judicialização da política refere-se ao novo estatuto dos direitos fundamentais e à superação do modelo de separação dos poderes do Estado, o que provoca uma ampliação dos poderes de intervenção dos tribunais na arena política, por meio da efetiva participação no processo referente à formulação e/ou implementação de políticas públicas – a política se judicializa com o objetivo de promover o encontro da comunidade com o seu sistema de valores constitucionalmente assegurado (VERBICARO, 2008, p. 391).

O conceito de judicialização da política no Brasil, tampouco suas consequências, não estão pacificados. Para Avritzer e Marona (2014), contudo, a matriz teórica que fundamenta os estudos sobre judicialização da política se insere em uma perspectiva analítica liberal, que demanda superação para se renovarem “os termos do debate pela compreensão mais aprofundada do papel do Judiciário na conformação da cidadania no Brasil” (p. 70). Em contrapartida, a judicialização da política é uma tendência mundial, cujas causas seriam o reconhecimento de que a democracia depende de um Judiciário forte, a desilusão com a política majoritária e, também, uma preferência dos atores políticos de que assuntos polêmicos sejam decididos pelo Judiciário (BARROSO, 2012).

3. Controle de políticas públicas pelo judiciário

As políticas públicas despertam particular interesse no direito em razão da necessidade de concretização dos direitos sociais, os quais impõem ao Estado obrigações positivas (BUCCI, 1997, 2006).

A respeito do conceito de política pública, afirma Bucci:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente e politicamente determinados (BUCCI, 2006, p. 39).

De modo geral, toda política pública envolve a definição de prioridades pelo governo (BUCCI, 1997) e, para sua materialização, deve visar a um objetivo definido e prever tempo e recursos necessários (BUCCI, 2006). Quanto a sua forma exterior, as políticas podem ser expressas em formas variadas, como por meio de leis e normas infralegais ou até de contratos de concessão de serviço público (BUCCI, 2006).

Partindo de uma análise preliminar, poder-se-ia dizer que a interferência do Poder Judiciário nas políticas públicas seria imprópria, pois a formulação de tais políticas cabe ao Executivo dentro dos limites traçados pelo Legislativo (BUCCI, 2006), mais especificamente, a iniciativa de formulação das políticas compete ao Legislativo, em sua função de representante do povo, ficando para o Executivo a sua execução (SEFERJAN, 2010). A atuação do Judiciário no controle de políticas públicas, por esse ponto de vista, configuraria uma violação do princípio da separação de poderes. Segundo Silva (2003), esse princípio, que é uma condição imprescindível para a garantia dos direitos do homem, era entendido a partir de uma visão rígida da não interferência de um poder nas funções típicas dos outros. O autor ressalta, entretanto, que essa rigidez foi substituída por uma compreensão que mais se aproxima da colaboração de poderes (SILVA, 2003).

Bucci (2006), lembre absoluto em sua origem, sendo a que, em decorrência da inafastabilidade de análise pelo Judiciário de lesão ou ameaça de lesão a Direito prevista no art. 5º, XXXV da CRFB/88, o Judiciário deve

tutelar as políticas públicas, tomando-as como meio de expressão dos direitos sociais. Nesse mesmo sentido, há o entendimento, compartilhado por Grinover (2010) e Verbi-caro (2008), de que a atuação do Judiciário nessa seara decorre expressamente do texto constitucional.

Grinover (2010) menciona que, desde a passagem do Estado liberal para o Estado social, não se poderia mais falar de separação de poderes no sentido tradicional proposto por Montesquieu, pois esse entendimento resta substituído pelo raciocínio de que “o Estado é uno e uno é seu poder” (p. 13). Não há uma dicotomia entre Poder Judiciário e os demais poderes, mas sim o alinhamento dos três poderes em prol dos direitos previstos na Carta Magna. Assim, no Estado Democrático de Direito, o paradigma de contenção do Judiciário a mera *bouche de la loi* é abandonado por uma visão de que o Judiciário tem participação fundamental na efetividade das políticas públicas por meio de seu controle (GRINOVER, 2010).

Superada a crítica de que o Poder Judiciário não poderia controlar as políticas públicas em função do princípio da separação de poderes, outra crítica apresentada a esse controle consiste no argumento de que falta ao Judiciário a legitimidade para a execução de tal atividade. Como discutido anteriormente, a definição de uma política pública depende da escolha de prioridades, e essa escolha deve ser realizada pelos representantes eleitos pelo povo para tal atribuição, o que não seria o caso dos juízes (SEFERJAN, 2010).

Não entrando no mérito da representatividade democrática dos juízes, essa linha de argumentação, todavia, é superada, pois, segundo afirmado por Seferjan (2010), a legitimidade dos magistrados decorre, também, do texto constitucional que lhes conferiu o dever de garantir o cumprimento das normas constitucionais.

Ainda sobre os limites da atuação do Poder Judiciário no controle de políticas públicas, os juízes não podem invadir o âmbito de discricionariedade administrativa, devendo respeitar a escolha feita pelo administrador

(SEFERJAN, 2010). O Judiciário, então, somente pode agir, face à discricionariedade administrativa, se o administrador foi omissivo em estabelecer a política pública ou se ele violou o princípio da juridicidade na edição de uma política existente. Segundo Fortini (2010), onde há política pública implementada e executada sem violação de leis, normas e princípios, não se pode falar que houve omissão ou descuido do administrador e, assim, não cabe decisão segundo a vontade do juiz. Aliás, nesses casos, a substituição da decisão do administrador, pautada por critérios técnicos, pela vontade do juiz, configuraria ativismo judicial (STRECK, 2016). Por outro lado, se não há política pública editada, o Judiciário não somente pode, como deve agir para impor sua implementação (FORTINI, 2010).

4. A judicialização da saúde e seu impacto nas políticas públicas de saúde

A inclusão do direito à saúde como direito social impõe ao Estado a obrigação de implementar políticas públicas para sua efetivação, cujo inadimplemento abre a possibilidade de que os indivíduos acionem o Poder Judiciário para, por meio de decisões judiciais, obter as prestações de que necessitam.

Até a década de 1990, a postura do Judiciário acerca das demandas que envolvem o direito à saúde era mais conservadora e tendente ao indeferimento dos pedidos (MACHADO, 2008). A partir de 1996, e na esteira de ações judiciais demandando por medicamentos e procedimentos efetuadas por portadores de HIV/AIDS (VENTURA *et al.*, 2010), o Judiciário passou a acolher tais demandas, sob o argumento de que o direito fundamental à saúde, constante do art. 6º da CRFB/88, consiste em norma constitucional de eficácia plena (MACHADO, 2008), impondo à administração pública “um dever político-constitucional impostergável” (RAMOS, 2005, p. 159).

Essa alteração de posicionamento criou um ambiente favorável para o crescimento do volume das demandas judiciais por ações e serviços de saúde; fenômeno que é

chamado de *judicialização da saúde*. Importante ressaltar que a proposição de ações judiciais faz parte da efetividade do direito à saúde. O problema aparece quando essa judicialização torna-se aleatória e excessiva, ferindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990).

A judicialização da saúde apresenta, por um lado, um aspecto positivo, indicando maior participação da população por meio da exigência de cumprimento de seus direitos, ou, nos dizeres de Marques (2008, p. 65), representa o “exercício efetivo de cidadania”. Por outro lado, a judicialização implica em pressão sobre os gestores das políticas públicas de saúde, que, com recursos escassos, se veem obrigados a atender ao numeroso volume de ordens judiciais, visto que, em grande parte, as demandas são deferidas, ao mesmo tempo em que devem organizar as políticas públicas de saúde visando ao atendimento das necessidades da coletividade (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

A judicialização, da mesma forma, desafia também o Judiciário, que não pode se abster de resolver o caso concreto levado a sua análise e, concomitantemente, deve tentar resolver esse caso concreto à luz dos objetivos pretendidos pelas políticas públicas de saúde. Em outras palavras, deve tentar compatibilizar a justiça no caso concreto com a justiça distributiva expressa nas políticas públicas de saúde (MARQUES, 2008). Porém, nem sempre o Judiciário segue tais políticas (MARQUES; DALLARI, 2007), sobretudo porque, conforme mencionado por Marques (2008), essas políticas não possuem uma sistematização.

O art. 7º da Lei nº 8.080/90, que, juntamente com a Lei nº 8.142/90, compõem a Lei Orgânica da Saúde, enumera os princípios que devem reger o SUS. Entre eles, destacam-se os princípios da igualdade de acesso e o princípio da integralidade da assistência, aos quais se adiciona o princípio da equidade.

O princípio da integralidade define-se como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Santos (2005) enfatiza que a integralidade da assistência demanda a atuação conjunta dos entes federativos, agindo conforme planos de saúde pactuados, principalmente, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (AITH, 2010).

Na definição das políticas públicas que compõem os planos, e visto que os recursos disponíveis para aplicação na saúde são escassos, os gestores devem levar em conta critérios epidemiológicos, técnicos e científicos, bem como avaliações de custo-efetividade, para determinar, em razão das características da população a que destinam as políticas e dos objetivos pretendidos, quais os tratamentos, os medicamentos, as ações e os serviços que terão prioridade no fornecimento (VIEIRA, 2008; CHIEFFI; BARATA, 2009).

Conforme Vieira (2008), existe uma diferença entre o que é pretendido pelo princípio da integralidade no SUS e o que o Judiciário entende desse princípio. Enquanto no SUS integralidade significa “empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado” (p. 2) e “dispor tipos diferentes desses meios segundo o grau de complexidade da atenção à saúde” (p. 2-3), para o Judiciário esse princípio significa deferir todas as demandas individuais a despeito da existência de políticas públicas (VIEIRA, 2008).

Santos (2005) destaca, nesse sentido, que é contrário à integralidade que o indivíduo pleiteie todo e qualquer tratamento que deseje e que os profissionais de saúde tenham total liberdade de prescrição. Segundo a autora, isso seria transformar a assistência em aleatória, e tal aleatoriedade deve ser combatida por meio do respeito ao que foi pactuado nos referidos planos de saúde:

O direito à integralidade da assistência terapêutica não pode ser aleatório e ficar sob a mais total independência reivindicatória do cidadão e da liberdade dos profissionais de saúde indicarem procedimentos, exames, tecnologias não incorporadas no sistema, devendo a conduta

profissional pautar-se por protocolos, regulamentos técnicos e outros parâmetros técnico-científico-biológico [sic] (SANTOS, 2005).

Porém, o que se verifica na judicialização da saúde é justamente essa aleatoriedade, representativa de uma visão mercadológica da saúde, segundo a qual a saúde é transformada em um bem de consumo, gerado por uma lógica do desejo e não da necessidade (SANTOS, 2012; VIEIRA, 2008). Equiparar a saúde a um bem de consumo significa negá-la como direito, uma vez que o acesso, no âmbito do consumo, passa a reger-se por critérios de renda: quem pode pagar pode usufruir.

Esse prejuízo causado pela judicialização é, ainda, reforçado pelo fato de que parte dos pedidos se relaciona a medicamentos caros ou a procedimentos e exames de elevado desenvolvimento tecnológico e é promovida por advogados particulares, ou seja, configuram demandas representativas dos “desejos” de uma classe que não depende, necessariamente, da proteção dos direitos sociais (VIEIRA, 2008). Nesse aspecto, a judicialização da saúde fere o princípio da igualdade de acesso, criando obstáculos à efetividade do direito à saúde daqueles indivíduos que não podem arcar com os custos de um advogado (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Destarte, quando esses pedidos são deferidos, provocam a realocação dos recursos destinados a ações e serviços que assegurariam o básico à população em risco e que garantiriam sua sobrevivência, com a consequência de que tais ações e serviços podem deixar de ser prestados. Acerca dessa distorção, é paradigmática a lição de Santos (2005):

Não se pode garantir o direito de um cidadão de se tratar no exterior enquanto o sistema público não conseguir dar conta de evitar a morte de bebês [sic] indígenas por desnutrição ou por falta de UTI, sob pena de a igualdade pretendida no SUS não ser equânime. Não é justo, não é razoável organizar um sistema que possibilita, de um lado, pacientes tratando-se no exterior e de outro, gestantes morrendo nas salas de parto por falta de atendimento adequado (SANTOS, 2005).

Assim, o deferimento de prestações de saúde pelo Judiciário realiza o direito à saúde para o indivíduo, contudo, pode colocar em risco a possibilidade de realização dessa mesma prestação para a coletividade. Como as decisões tendem a deferir os pedidos (CIARLINI, 2010), a atuação do Judiciário acaba por deslocar recursos, inicialmente previstos para a prestação de serviço para um grupo, para poucos indivíduos.

Cabe, ainda, mencionar que a judicialização da saúde compromete o ideal da universalidade e da igualdade de atendimento, já que, notadamente, privilegia aqueles que podem recorrer ao sistema judicial. Ela beneficia, portanto, os grupos com maior poder de reivindicação (VENTURA *et al.*, 2010). A parcela mais privilegiada da população conhece seus direitos e possui condições de arcar com os custos de levar suas demandas ao Judiciário, incluindo os custos de uma boa representação legal. Os grupos desfavorecidos, ao contrário, muitas vezes desconhecem seus direitos e, mesmo quando os conhecem, sentem-se intimidados pelo funcionamento do Judiciário e não podem suportar os custos de uma batalha judicial (RESNIK, 1995). Nesse sentido, ao conceder direitos sociais individualmente, o Judiciário provoca o desvio dos recursos, inicialmente destinados a políticas públicas para atender a uma coletividade, para uma parcela limitada da população (SILVA, 2008); as sentenças, assim, beneficiam os grupos privilegiados que recorrem a esse poder, e acabam por prejudicar aqueles que mais precisam da proteção desses direitos (GOUVÊA, 2013).

Assim, pode-se sopesar se a decisão das demandas por prestação de saúde pelo Judiciário implicaria ingerência deste Poder na esfera de competência do Legislativo e do Executivo no que diz respeito à organização dos serviços de saúde. Esses poderes partem de avaliações técnico-científicas para a definição de prioridades na edição de políticas públicas visando ao bem de uma coletividade e, grosso modo, o Judiciário substitui essa avaliação por uma análise voltada para

a esfera individual. Na análise de Barreiro e Furtado (2015), a atuação do judiciário representa uma ressignificação do ciclo de políticas públicas:

Assim, a política pública discutida no Poder Judiciário gera uma inversão nas fases do ciclo, pois ela se inaugura na justiça pela falha na implementação. Dizer isso não significa que não houve uma formulação da mesma antes do processo judicial, mas, como se percebeu ao aproximar as fases que se reúnem na formulação (identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas e tomada de decisão), ela será completamente ressignificada pela atividade jurisdicional. [...] Outra grande alteração no ciclo refere-se à formulação da agenda quando se trata de ações individuais. Apesar de aproximar a temática da judicialização com a formação de agenda quando se verifica a realização de audiências públicas pelo STF, em se tratando de processos que visam atender um cidadão especificamente, verifica-se a total ausência da formação da agenda, pois não se discutem temas, problemas relevantes, mas tão somente o problema do autor, individualizado (BARREIRO; FURTADO, 2015, p. 308).

Ademais, a imposição da execução de algumas ações pelo Judiciário pode provocar a realocação de recursos de uma atividade para outra, a despeito do que fora acordado entre o Executivo e a sociedade, enfraquecendo, também, o princípio da participação da sociedade na organização do SUS, e previsto no art. XXX da Lei nº 8142/90. Conforme disposto no art. 198 da CRFB/88, a organização da rede de ações e serviços de saúde deve pautar-se pela participação da comunidade, realizando o ideal da participação democrática (AITH, 2010). Assim, além de provocar a realocação de recursos de uma atividade para outra, existe o risco de as decisões judiciais desrespeitarem o que foi acordado nas instâncias de participação democrática, violando, também, o

princípio da participação da sociedade na organização do SUS.

5. Considerações finais

Na seara do direito à saúde, a efetividade desse direito depende, principalmente, do Poder Executivo, ao qual cabe a responsabilidade de organizar a rede de serviços públicos de saúde, por meio da elaboração e da execução das políticas públicas de saúde. Ao Poder Legislativo compete formular as leis que definem os modelos de gestão de serviços públicos de saúde e que garantam as condições sociais e instrumentais para a execução das políticas públicas de saúde (AITH, 2010). Já o Poder Judiciário deve assegurar o respeito ao direito, apreciando as lesões ou ameaças de lesão ao direito à saúde levadas a seu conhecimento.

Observa-se, portanto, que a proposição de ações judiciais faz parte da efetividade do direito à saúde, não se podendo, portanto, dizer que falta ao Judiciário legitimidade para tutelar as políticas públicas de saúde.

O problema surge com o excesso de judicialização e quando esta se pauta pela aleatoriedade, caso em que põe em xeque os princípios norteadores do SUS, como a integralidade da assistência, a igualdade de atendimento e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde.

A judicialização torna-se prejudicial quando a decisão judicial desconsidera a existência de políticas públicas de saúde relacionadas com os pedidos apreciados pelas cortes. Quando, ao contrário, o Judiciário impõe a execução de uma ação ou a prestação de serviço de saúde constante da política pública, considera-se que esse Poder está exercendo sua função primordial no âmbito do direito à saúde, qual seja, a de zelar para que as políticas públicas sejam executadas, assegurando a efetividade do direito à saúde (AITH, 2010). ■

6. Referências

- AITH, Fernando. A saúde como direito de todos e dever do estado: o papel dos poderes executivo, legislativo e judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. In: _____ *et al.* (Org.). *Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 73-105.
- AVRITZER, Leonardo; MARONA, Marjorie Corrêa. Judicialização da política no Brasil: ver além do constitucionalismo liberal para ver melhor. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 15, p. 69-94, set./dez. 2014.
- BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza; FURTADO, Renata Pedretti Moraes. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 49, n. 2, p. 293-314, mar./abr. 2015.
- BARROSO, Luís Roberto. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo. *Revista da Faculdade de Direito, UERJ*, v. 2, n. 21, p. 1-50, jan./jun. 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 13 out. 2012.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2013.
- BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 13 out. 2012.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: _____. (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-49.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, ano 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar. 1997.
- CARVALHO, Ernani. Trajetória da revisão judicial no desenho constitucional brasileiro: tutela, autonomia e judicialização. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, n. 23, p. 176-207, jan./abr. 2010.
- CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.
- CIARLINI, . Direito à saúde e respeito à Constituição. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 87-100.
- COMPARATO, Fábio Konder. O poder judiciário no regime democrático. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 151-159, 2004.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.
- FORTINI, Cristiana. O controle judicial de políticas públicas no Estado Democrático de Direito. In: DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella; RIBEIRO, Carlos Vinícius Alves (Coords.). *Supremacia do interesse público e outros temas relevantes do direito administrativo*. São Paulo: Atlas, 2010. p. 329-340.
- GOUVÊA, Carlos Portugal. Social Rights Against the Poor. *Vienna Journal on International Constitutional Law*, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/icl.2013.7.issue-4/icl-2013-0403/icl-2013-0403.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- GRINOVER, Ada Pellegrini. O controle das políticas públicas pelo poder judiciário. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, São Paulo, v. 7, n. 7, p. 9-37, 2010.

- MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, jul./out. 2008.
- MAGGIO, Marcelo Paulo; DALLARI, Sueli Gandolfi. A efetivação jurídico-política do direito à saúde no Supremo Tribunal Federal: a referência paradigmática da SL 47-AGR/PE. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 58-76, nov. 2016/ fev. 2017.
- MARQUES, Sílvia Badim. Apresentação: judicialização do direito à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-772, jul./out. 2008.
- MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.
- RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. *A & C: Revista de Direito Administrativo e Constitucional*, Belo Horizonte, v. 5, n. 22, p. 147-165, out. 2005.
- RESNIK, Judith. Many Doors? Closing Doors? Alternative Dispute Resolution and Adjudication. *The Ohio State Journal on Dispute Resolution*, v. 10, n. 2, p. 211-265, 1995.
- SANTOS, Lenir. Direito à saúde x consumo de saúde. In: OLIVEIRA, Neilton Araujo de (Org.). *Direito Sanitário: oportuna discussão via coletânea de textos do blog Direito Sanitário: saúde e cidadania*. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012. p. 85-90.
- SANTOS, Lenir. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/7378/saude-conceito-e-atribuicoes-do-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 8 jun. 2013.
- SEFERJAN, Tatiana Robles. O controle das políticas públicas pelo poder judiciário. In: DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella; RIBEIRO, Carlos Vinícius Alves (Coords.). *Supremacia do interesse público e outros temas relevantes do direito administrativo*. São Paulo: Atlas, 2010. p. 303- 328.
- SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.
- SILVA, Virgílio Afonso da. O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. *Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 587-599.
- STRECK, Lênio Luiz. Entre o ativismo judicial e a judicialização da política: a difícil concretização do direito fundamental a uma decisão judicial constitucionalmente adequada. *Joaçaba*, v. 17, n. 3, p. 721-732, 2016.
- VENTURA, Míriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.
- VERBICARO, Loiane Prado. Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 398-406, jul/dez. 2008.
- VIEIRA, Fabíola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, p. 1-5, 2008.

A judicialização em saúde mental: algumas reflexões a partir de um caso de internação compulsória em CAPS AD

The judicialization of health: a study on a compulsory treatment in a psychosocial care center for alcohol and drugs (CAPS AD)

Raquel Assunção Silveira Silva¹
Stefany Francis da Silva²

¹Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD (Contagem-MG).

²Psicóloga (PUC Minas).

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo, a partir do estudo de caso de um usuário internado de forma compulsória em um serviço de CAPS AD da Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG, destacar relações entre os atores envolvidos nesse processo – profissionais da saúde mental, profissionais do setor jurídico, familiares e usuário – bem como apontar as contradições e os efeitos do que pode ser entendido como “judicialização da saúde” ou “judicialização” do cuidado em saúde mental. O caso apresentado nos aponta questões referentes ao projeto de uma clínica psicossocial que considera o singular e os atravessamentos da internação compulsória, assim como as consequências dessa intervenção judicial no caso. Conclui-se que a internação compulsória, sendo recorrentemente utilizada como uma estratégia da judicialização da saúde, aparece como uma resposta reducionista para uma questão que se apresenta como extremamente complexa. Contudo, consideramos o setor jurídico um ator importante na rede de atenção aos usuários e, nesse sentido, propõe-se a manutenção de uma agenda permanente para discussão dos casos atendidos que envolva os campos em questão.

Palavras-chave: Saúde Mental. Judicialização da Saúde. Compulsoriedade. Dependência Química.

ABSTRACT: The present paper considers the case study of a patient who has been compulsorily admitted in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD) service in the metropolitan area of Belo Horizonte, MG. It aims to focus on the relation between the involved agents in the process – mental health professionals, professionals of legal areas, relatives and service users – as well as to highlight the contradictions and effects of what can be understood as the “judicialization of health” and the “judicialization” of mental health care. Issues related to the singular self and the obstacles of a compulsory treatment in a psychosocial care center are explored, as well as the consequences of the legal intervention in the case. It has been concluded that the compulsory treatment being commonly used as a strategy of judicializing health presents itself as a reductionist approach to a topic that is extremely complex. However, we consider the legal sector as an important agent in the user’s attention network, and in this respect; we propose the maintenance of a permanent agenda for discussion of the cases dealt with involving the areas in question.

Keywords: Mental Health. Judicialization of Health. Compulsory Treatment. Chemical Dependency.

1. Introdução

No Brasil, desde 2001, com a aprovação da Lei n° 10.216, ou Lei Paulo Delgado, são garantidos os direitos das pessoas com transtornos mentais. No que se refere especificamente às internações psiquiátricas, esta lei determina que esse seja o último recurso utilizado nos tratamentos, e ocorra somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Entretanto, a práxis nos serviços de saúde tem apontado para um aumento nas indicações de internações compulsórias – aquelas determinadas pelo Poder Judiciário. Trata-se de uma modalidade utilizada pelo Estado, especialmente em processos de judicialização da saúde que envolvem pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Destaca-se que essa ação do Estado não deve ser vista de forma isolada do atual contexto político-cultural. Afinal, tem-se a hegemonia da política proibicionista que declara “guerra contra as drogas”, e se revela um modelo reducionista que irá se traduzir em diversas ações descontextualizadas, pois ignoram a multifatorialidade e a complexidade da relação das pessoas com a droga.

No contexto da saúde mental, a abordagem dos usuários de drogas pela via da judicialização produz contornos bastante específicos para a questão, dado que provoca efeitos contraditórios naquilo que se supõe como “cuidado”, uma vez que se impõe o tratamento, ao invés de ofertá-lo. Produz-se, assim, uma lógica inversa à que está prevista nas diretrizes de atendimento da Política de Saúde Mental.

Partindo desses apontamentos, este texto tem como objetivo produzir algumas reflexões acerca dos efeitos contraditórios operados pelo ato compulsório, sobretudo pelas internações psiquiátricas, e suas implicações sobre o processo terapêutico dos usuários atendidos nos diversos dispositivos da rede de saúde mental, especificamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa maneira, o texto está dividido em tópicos que irão abordar as principais

diretrizes da Política de Saúde Mental brasileira, o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no atendimento aos usuários, bem como as metodologias de trabalho que orientam as ações terapêuticas nesse âmbito, de acordo com essa política.

Ao final, utilizando-se das contribuições da metodologia da “construção do caso clínico” em saúde mental, será apresentado o caso Fernando, nome fictício atribuído a um usuário internado de modo compulsório no CAPS AD de sua cidade. Com a apresentação deste caso, busca-se ilustrar a importância da ampliação do debate sobre a questão do atendimento ao usuário da saúde mental, enfocando os diversos atores envolvidos nesse atendimento e a metodologia que possa assegurar as intervenções nesse campo como eixo de referência à garantia de direitos desses usuários.

2. Os centros de atenção psicossocial (CAPS) e os modos de cuidado na rede de saúde mental

Os CAPS, principal estratégia de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento mental, tiveram início com a reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2004a), e se constituem como serviços especializados de atenção à crise para esses sujeitos. Os CAPS são dispositivos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS, regulada e instituída pela Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cuja diretriz principal é o “respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas”.

As modalidades de CAPS, definidas pela Portaria/GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, devem cumprir a mesma função, a saber, prestar atendimento público em saúde mental às pessoas com transtornos severos e persistentes no território no qual o serviço está inserido, dispondo de equipe multiprofissional para este fim (BRASIL, 2002b).

Além do atendimento clínico, os CAPS devem ofertar aos usuários novas formas de inserção social, considerando suas possibilidades individuais e os princípios de

cidadania garantidos pela Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2004a). Neste ponto, destaca-se que a direção do tratamento não pode excluir a dimensão da cidadania. Por isso, as condutas em saúde mental têm como eixo a construção permanente do Projeto Terapêutico Singular (PTS), metodologia de trabalho cujo balizador está no envolvimento do usuário e de sua rede de relações em todo o processo terapêutico. Interessa, portanto, a corresponsabilização pelo cuidado (BRASIL, 2011).

O PTS é o conjunto de condutas terapêuticas realizadas pelas equipes interdisciplinares dos CAPS ou das Unidades Básicas de Saúde, que, a partir de um diagnóstico que considera não somente os riscos e vulnerabilidades de cada usuário, procura localizar também as particularidades e potencialidades de cada caso.

No CAPS AD, a especificidade está em se oferecer atenção psicossocial a “pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2002a). Nele, o trabalho está amparado pelas estratégias de redução de danos (RD),¹ que abarcam as escolhas dos próprios usuários em relação às metas e às etapas de seu tratamento, isto é, na construção do projeto terapêutico.

Incluir a redução de danos em políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas é um avanço para a consolidação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Essa abordagem rompe com a visão reducionista acerca do uso de substâncias psicoativas, permitindo a promoção da autonomia e do protagonismo dos usuários. Contudo, a atuação neste campo ainda hoje divide

opiniões, tendo visto que o paradigma da abstinência ainda se faz presente nas práticas de muitos profissionais (CFP, 2013).

2.1 Um campo, várias forças: a questão do uso de álcool e outras drogas na saúde mental

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), do ponto de vista clínico, a decisão pela interrupção do uso da droga é uma medida que necessita ocorrer de modo referenciado e, de maneira alguma, pode ser encarada como uma prescrição geral. Porém, é importante se levar em conta que as práticas que têm a abstinência como único horizonte de tratamento não se traduzem apenas em orientações clínicas compartilhadas. Elas são, entretanto, “uma série de articulações de diversos setores que extrapolam o campo da saúde *stricto sensu* e que submetem esse campo de modo coercitivo ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso” (PASSOS; SOUZA *apud* CFP, 2013, p. 31).

Nessa lógica, observam-se fenômenos como o aumento de investimentos públicos para internações nas chamadas “comunidades terapêuticas”, em detrimento da destinação de recursos financeiros para o fortalecimento dos serviços públicos substitutivos e de caráter comunitário.

Muitas ações “terapêuticas” surgem como novos modos de se obter o controle dos indivíduos considerados “desviantes” da norma social na contemporaneidade. São ações que acabam por desresponsabilizar o sujeito por seus atos, pois partem de um diagnóstico clínico reducionista, o qual transforma sujeitos em meros objetos de intervenção médico-judiciária (CFP, 2011).

Em outro sentido, propõe-se aqui uma metodologia de cuidado integral àqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras em consonância ao que está previsto pela Política de Atenção à Saúde Mental. Parte-se, portanto, da afirmação e da valorização do projeto terapêutico singular – já apresentado anteriormente – e das contribuições da construção do caso clínico em saúde mental, ponto que será abordado mais adiante.

¹ Em 2003, o Ministério da Saúde implantou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. A partir de então, a estratégia de redução de danos foi adotada como política de saúde em todo o Brasil. Trata-se de um conjunto de medidas para minimizar os impactos do uso e dependência de substâncias psicoativas e diminuir as infecções por hepatites e HIV, através da adoção de medidas que permitem a elaboração de projetos terapêuticos mais flexíveis e adequados a cada usuário (BRASIL, 2003).

2.2 Questões sobre a internação compulsória em serviços de saúde mental

Os processos de judicialização operados no SUS, de modo geral, são justificados pelo dever do Estado de garantir o direito das pessoas à saúde. No caso das internações compulsórias, todavia, coloca-se em discussão o uso que se pode fazer desse recurso como meio para efetivação de políticas de repressão, cujo caráter principal é ser um mecanismo de controle e punição para essa parcela da população.

Desse modo, chega-se à questão apontada inicialmente na introdução deste texto: considerando as diretrizes e os princípios da Política de Saúde Mental, quais efeitos e implicações o uso equivocado do ato compulsório pode provocar no tratamento de usuários dos serviços de saúde, e o que de fato se garante com esse ato?

Considerando que as instituições de proteção podem promover ações coercitivas, destaca-se que:

[...] o controle dos indivíduos, essa espécie de controle penal punitivo dos indivíduos no nível de suas virtualidades não pode ser efetivado pela própria justiça, mas por uma série de outros poderes laterais, à margem da justiça, como a polícia e toda uma rede de instituições de vigilância e correção – a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas para a correção. É assim que, no começo do século XIX, desenvolve-se, em torno da instituição judiciária e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos no nível de sua periculosidade, uma gigantesca série de instituições que vão enquadrar os indivíduos a longo de sua existência (FOUCAULT, 2003, p. 86. Adaptado).

Para a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social fundamental, que, dessa forma, deve ser resguardado. Por outro lado, apresenta-se também o direito civil de não estar a se fazer ou se deixar de fazer algo, senão em virtude de lei – princípio de liberdade, do qual decorre o princípio de consentimento e autonomia.

Nos processos de internação compulsória que atravessam o campo da saúde mental, esses direitos entram em conflito, pois se trata de uma ação coercitiva que anula a dimensão da liberdade e autonomia do indivíduo.

Campos e Campos pontuam que a “autonomia” não é um estado de liberdade absoluta, mas “um processo de constituição de maior capacidade de os sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 2).

Sobre a dimensão da clínica nas instituições, cabe dizer que muitas intervenções no campo da saúde mental ocorrem a partir da standardização dos tratamentos, de uma generalização de condutas. Nesse sentido, Zenoni (2000), ao dizer sobre o trabalho terapêutico nas instituições, pontua que é preciso separar a dimensão do “cidadão” e a dimensão do “sujeito”, mas operar com as duas no tratamento. Para ele, se para o primeiro deve-se garantir o direito à assistência à saúde, para o segundo deve-se abrir a dimensão da implicação, da liberdade e da responsabilidade.

A possibilidade de se problematizar a generalização nas abordagens dos casos atendidos e se avançar na condução dos tratamentos pode ser aberta a partir da construção do projeto terapêutico singular, assim como com as contribuições da construção do caso clínico, que são metodologias que permitem a reflexão sobre as particularidades de cada caso, destacando suas singularidades.

No processo de construção do caso clínico, tange recolher, das produções do próprio sujeito – por meio do que ele apresenta em seu discurso sobre si e sobre o outro –, os indicadores para a direção do tratamento, em vez de atuar a partir de um modelo de intervenção com enfoques pedagógicos e morais (FIGUEIREDO, 2004).

Com as metodologias apresentadas, almeja-se alcançar a produção da “clínica ampliada” (BRASIL, 2004b), na qual o sujeito é considerado não somente em vias de seu adoecimento, mas também em seu contexto familiar, pela

maneira como cria e mantém seus laços sociais, e como circula em seu território.

O caso apresentado a seguir, que orienta este trabalho, permite localizar a importância dos pontos tratados até então, destacando-se as contribuições da construção do PTS e também do caso clínico para o manejo sobre os impasses produzidos pela judicialização da saúde no processo terapêutico.

4. Caso Fernando

Fernando, 39 anos, sexo masculino, solteiro e natural da Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG. Possui ensino médio incompleto e atualmente não trabalha. Acolhido no CAPS AD de sua cidade em outros momentos, não aderiu a todo o tratamento, e o abandonou após determinado tempo. Em sua fala, ele informa que, naquele momento, o tratamento não seria uma demanda sua, mas de sua família.

Sempre morou com a mãe e a irmã, tendo descoberto recentemente ter o pai ainda vivo, já que até então entendia que estava morto. Assim, de acordo com suas palavras, alega que hoje se sente “o filho bastardo”. Ele é o único filho dessa paternidade, e seus outros irmãos são filhos de outro pai, “legítimo”. Este é um “nó” que “toca” toda a família, e nos atendimentos o usuário sempre coloca questões com esta paternidade, sobre “ser pai e ser filho”. Ele também tem uma filha de 15 anos, que está morando com a mãe e com quem Fernando mantém contatos esporádicos, quando ela visita a casa da avó, a mãe do paciente. O vínculo com a filha se mostra fragilizado, situação que hoje o incomoda de forma considerável.

Fernando inicia o uso de drogas aos 13 anos, quando “experimenta” a maconha, droga que mantém por algum tempo. Em acolhimento recente ao usuário, ele diz estar em uso de múltiplas drogas, mas principalmente *crack*. Sua mãe justifica o pedido de internação compulsória devido ao uso abusivo dessa droga feito pelo filho, inclusive no ambiente doméstico. Ela relata as condições precárias de higiene de Fernando, de pequenos furtos realizados por ele, e

acrescenta: “Estava desesperada, hoje vejo outros caminhos, mas naquele momento pedir a internação compulsória foi o que acreditei ser o melhor”.

Para Fernando, seria a irmã quem pressionara a mãe a solicitar sua internação compulsória, já que haveria uma “disputa” entre os irmãos pela atenção da mãe. No momento do acolhimento de Fernando, percebe-se seu desejo em tratar-se no CAPS AD, e, em relação à demanda da família, percebe-se que para além do tratamento existe o desejo do afastamento de Fernando da casa materna.

O laudo médico da internação compulsória, elaborado por um profissional que sequer atende ou conhece Fernando, satisfaz, contudo, a demanda da mãe do usuário e em seguida, ela o encaminha para o Ministério Público. Diante da decisão judicial de internação compulsória, Fernando é levado ao CAPS AD pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) acompanhado pela Polícia Militar. A equipe do serviço o atende, considerando os princípios da política de redução de danos, mas em conflito com a proposta da internação compulsória.

A questão colocada pela equipe nesse momento é: “Como intervir compulsoriamente em um serviço de portas abertas que se propõe trabalhar com o *respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas?*” Tentando garantir esse referencial e preservar as diretrizes da política de redução de danos, o projeto terapêutico do paciente é iniciado e construído. De fato, a compulsoriedade é um ato jurídico que se deve cumprir, mas entende-se que isso pressuporia um CAPS de “porta fechada”, o que é oposto à sua política. A equipe segue o acolhimento do usuário, mas buscando administrar os conflitos que o perpassam.

Para Fernando, a angústia em relação à compulsoriedade também é presente. De acordo com suas palavras, ele deseja “se tratar”, mas deixa claro que irá embora no momento em que quiser. Todavia, a clareza em relação à compulsoriedade não impede o laço do paciente com a referência e com o serviço. Entende-se que este laço surge

como possibilidade a partir da proposta de atendimento da equipe naquele momento.

As visitas da mãe a Fernando ocorrem diariamente, e ela busca se colocar em um lugar protetor para o filho, de modo a compensar a falta da figura paterna. Observa-se que ele faz uso desse mecanismo para burlar as regras do serviço e não se responsabilizar por seus atos. Aliás, a família sempre “pagou por seus prejuízos”, o que sustenta a sua não responsabilização em relação à própria vida.

Fernando não apresenta “fissura”, nem os sintomas da síndrome de abstinência, ou ainda qualquer outra queixa clínica. No início, seu tratamento não demanda medicação; ele somente queixa de humor deprimido em decorrência da institucionalização compulsória. Por isso, algum tempo depois o usuário inicia o uso de antidepressivo prescrito pelo médico do serviço.

Em tratamento, Fernando “conclui” que sua dependência química é uma “dependência psicológica”, pois a droga lhe alivia o insuportável de ter que se haver com o “fracasso” em relação com seu des-valor. Essa significação dada por ele evidencia aquilo que Olivieri (1998) pontua ao dizer que na toxicomania há algo que a situa como uma “solução” encontrada pelo sujeito para suprimir a angústia decorrente da condição humana. Há uma satisfação obtida pelo uso da droga, que é uma forma autista de satisfação – sem o laço social, pois o sujeito está enclausurado em si mesmo (SALOMON, 1998). Assim, todo o seu investimento físico, psíquico e financeiro está orientado para a obtenção da substância e para o seu uso, que acaba por se tornar sua única via de prazer.

Retomando a questão do tratamento de Fernando, chega o momento em que equipe e usuário entendem como insustentável sua permanência noturna no serviço, considerando crucial a mudança em seu PTS. Mas como conduzir esse processo com o impedimento da circulação de Fernando? Esse é um momento crítico, em que o paciente ameaça abandonar o tratamento, ainda que deseje permanecer de outra forma. Enfim, ele permanece em “pernoite”, mas sempre

apontando um limite de tempo para que a decisão compulsória se desfaça. Diz ainda à equipe: “Quero voltar a ter minha vida, a trabalhar e fazer minhas coisas”. As referências do caso enviam novo relatório ao setor jurídico da prefeitura da cidade, pontuando sobre a evolução do usuário e da sugestão de alta, mas a burocracia e o fluxo dos processos jurídicos impedem uma resposta rápida.

5. Considerações Finais

O uso da internação compulsória pelo Estado em abordagens de usuários de álcool e outras drogas, tem ocorrido de forma recorrente, desconsiderando em muitos casos que as internações psiquiátricas são o último recurso para o tratamento desses usuários.

No caso daquelas operadas pelo Poder Judiciário nos serviços substitutivos – os CAPS –, isso se torna ainda mais preocupante do ponto de vista das diretrizes da Política De Saúde Mental. Propor a efetivação dessas medidas nos serviços de saúde inibe sua função de desinstitucionalização e impossibilita a sustentação do PTS como eixo orientador do processo terapêutico. Pontua-se que os encaminhamentos das pessoas a esses dispositivos podem ocorrer por diversas vias, como as ações de busca ativa.

Entretanto, as práticas compulsórias são parte de um cenário maior. Essa abordagem dos usuários de álcool e outras drogas compõe um sistema de práticas normatizantes, que está em consonância com a atual política proibicionista. Assim, ignora-se a pluralidade de relações que os sujeitos estabelecem com as drogas, propondo-se, muitas vezes, condutas generalizantes. Como efeitos dos discursos hegemônicos, talvez possa se dizer que tais práticas colocam a abstinência como exclusivo horizonte de tratamento.

A judicialização da saúde mental realizada, dessa maneira, provoca efeitos deletérios sobre um elemento crucial para as estratégias de cuidado: a autonomia do sujeito. Muitos fatores expõem suas contradições. Na dimensão do direito, não afirmar a liberdade dos usuários agride a dimensão da cidadania. Do ponto de vista da clínica, tais

ações os desresponsabilizam pela própria existência, colocando-os unicamente como objetos de tutela médica e/ou jurídica.

Nesse sentido, a partir do relato de caso, buscou-se ilustrar a relevância da construção conjunta do PTS dos usuários dos serviços e a necessidade de fazer a escuta atenta das particularidades de cada caso, tendo a singularidade como principal direcionador das condutas terapêuticas, como orienta a metodologia de construção do caso clínico. O sujeito passa a ser considerado, então, não somente em sua doença, mas em seu contexto familiar, em sua forma de criar e manter vínculos e de circular no território.

Conclui-se que muitos são os atores envolvidos nesse processo, fato que indica ser este um campo composto por diversas “forças”. O setor jurídico busca garantir o direito à saúde, mas acaba por relativizar outros direitos tão fundamentais quanto, tal como o direito à liberdade.

Como atores que também marcam a coercitividade do ato “terapêutico”, têm-se a Polícia Militar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsáveis pela condução coercitiva de Fernando ao CAPS AD.

A família, solicitante da internação compulsória, vê-se com os recursos esgotados, por isso acredita que este seja um recurso

“milagroso” da cura, mas que, além disso, permite o afastamento do problema de seu olhar.

Já os profissionais da saúde têm papéis diferenciados. Há um laudo médico que sustenta a internação compulsória, mas que é emitido por profissional que não tem contato com o paciente, segundo ele mesmo. Contudo, há também uma equipe de CAPS AD que se posiciona de modo a acolher e dar voz ao paciente, oferecendo-lhe condições de tratamento minimamente condizentes com as políticas de um Estado Democrático de Direito. É esta aposta da equipe que permite a vinculação de Fernando ao tratamento e produz efeitos terapêuticos para ele.

Outros atores como os da Assistência Social e da profissionalização poderiam contribuir para a discussão acerca da relação que essas pessoas estabelecem com a droga, sobre seus efeitos individuais e sociais. Nesse sentido, julga-se muito importante a continuidade na produção de trabalhos, ações e intervenções a respeito desta temática.

O setor judiciário e seus operadores, por seu turno, são pontos importantes na rede de atendimento aos casos. Portanto, esse trabalho propõe a manutenção de uma agenda permanente para discussão dos casos, para viabilizar o diálogo entre esses setores. É uma ação necessária para a melhor efetivação da Política de Saúde Mental brasileira. ■

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002a. **Institui o Código Civil**. Brasília, 10 de janeiro de jan. 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002b. **Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III**, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 19 fev. 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten---o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>> Acesso em: 10 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. 60p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Psicologia em interface com a justiça e os direitos humanos**. Brasília: CFP, 2011.

_____. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415=47142004000100075-&lng=en&nrmiso>. Acesso em: 16 maio 2018.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

CAMPOS, Rosana T.O.; CAMPOS, Gastão W. S. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

OLIVIERI, Fillipo. A psicanálise diante da toxicomania. In: BENTES, Lenita; GOMES, Ronaldo (Orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

SALOMON, Gleuza M. M. Os novos objetos de gozo. In: BENTES, Lenita; GOMES, Ronaldo (Orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

ZENONNI, A. Qual instituição para o sujeito psicótico? **Abre Campos: Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Belo Horizonte, ano 1, n.0, p. 12-31, jun. 2000.

Solicitações judiciais de medicamentos para tratamento de câncer, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 1999-2009

Judicial requests for cancer drugs, Department of Health of the State of Minas Gerais, 1999-2009

Karina Alves Ramos¹
Eli Yola Gurgel Andrade²
Juliana Alvares³

¹Analista em Saúde Pública (Ministério Público do Estado de Minas Gerais). Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (Faculdade de Farmácia – UFMG), Especialista em Vigilância Sanitária (PUC Goiás) e em Direito Sanitário (ESP-MG). e-mail: karinaaramos@yahoo.com.br

²Professora Associada (Faculdade de Medicina – UFMG).

³Professora Adjunta (Faculdade de Farmácia – UFMG).

RESUMO: O estudo analisa o perfil das ações judiciais por medicamentos para o tratamento do câncer contra o estado de Minas Gerais de 1999 a 2009. É um estudo descritivo retrospectivo que inclui dados sobre a ação judicial, o paciente beneficiário, o atendimento médico que gerou a prescrição e o medicamento demandado. Do total de ações judiciais, 8,04% continham pedidos de medicamentos para o tratamento do câncer. A maior parte dos atendimentos médicos foi realizada em estabelecimentos de saúde privados. Entre os fármacos mais solicitados, destaca-se o temozolomida (17,23%) e o rituximabe (11,41%). Predominaram pedidos de liminar e deferimentos em favor do beneficiário. Os resultados demonstram a necessidade de melhoria contínua no acesso público aos medicamentos oncológicos de forma racional e em consonância com o desenvolvimento científico, bem como nos critérios de avaliação das ações judiciais, de forma a melhorar a assistência e minimizar o impacto orçamentário das ações judiciais no SUS.

Palavras-chave: Decisões Judiciais; Direito Sanitário; Assistência farmacêutica; Oncologia; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: *This study analyzes the profile of lawsuits against the State of Minas Gerais from 1999 to 2009, in relation to cancer drug requests. It is a retrospective descriptive study that includes data on the lawsuit, the recipient patient, the medical care that generated the prescription, and the drug that had been requested. 8.04% of all lawsuits contained requests for drugs for the treatment of cancer. Most medical consultations were held in private hospitals. Temozolomide (17.23%) and rituximab (11.41%) are two of the most requested drugs. Injunction orders and deferrals for the beneficiary prevailed. Results demonstrate the need for continuous improvement in public access to cancer drugs in a rational manner and in accordance with scientific development, as well as in the criteria for evaluation of lawsuits in order to improve care and to minimize the budgetary impact of lawsuits on the SUS.*

Keywords: *Judicial Decisions; Health Law; Pharmaceutical Care; Oncology. Unified Health System.*

Introdução

A partir dos anos 2000, o número de ações judiciais na área da saúde pública aumentou consideravelmente e, pela quantidade de recursos públicos demandados, revelou uma grave ameaça ao orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS), obrigando os gestores públicos a buscar o difícil equilíbrio entre demandas individuais e coletivas (CHIEFFI; BARATA, 2010, 2009; MESSEDER *et al.*, 2005).

O fenômeno da judicialização da saúde é decorrente do reconhecimento de um direito social que assiste a todas as pessoas e que representa consequência indissociável do direito à vida: o direito à saúde. Esse direito, legitimado pela Constituição Federal de 1988, está orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, mediante a garantia de acesso do cidadão às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a norma constitucional impõe ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação desse direito para a população e que mantenham o acesso universal e igualitário (CHIEFFI; BARATA, 2009; PANDOLFO *et al.*, 2012).

Para tanto, por meio da Constituição Federal de 1988, foi instituída uma estrutura política complexa e abrangente para o sistema de saúde brasileiro, com a organização do SUS. Além disso, o direito à assistência farmacêutica, como parte integrante do direito social à saúde, também foi inserido no ordenamento jurídico como um direito social. Conforme os artigos 6º e 7º da Lei nº 8080/1990, as assistências terapêuticas e farmacêuticas devem ser garantidas integralmente aos cidadãos brasileiros, de acordo com o princípio da integralidade da assistência (MARQUES, 2009).

O impacto financeiro do cumprimento das demandas judiciais, entre outros fatores, motiva a busca pela compreensão do fenômeno da judicialização. Na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), somente em 2016, os gastos com o cumprimento de ações judiciais na área da saúde

atingiram 287 milhões de reais (ALMG, 2017). Além do aspecto da legitimidade do atendimento de demandas individuais, que pode impactar financeiramente a assistência à população usuária do SUS, outros aspectos devem ser observados. O uso dos tribunais pelos diversos grupos de interesse, além de colaborar para afirmar e expandir os direitos constitucionais, contribui para a incorporação de alterações ou inovações em curso. O crescente número de ações judiciais nessa área, também, pode ser um reflexo da ineficácia ou até mesmo da inexistência de políticas públicas de saúde capazes de atender com integralidade o indivíduo, representando lacunas assistenciais apontadas pelo Judiciário que merecem ser analisadas pelo Poder Executivo e preenchidas com políticas públicas eficazes (RAMOS, 2014).

Dessa forma, torna-se bastante elucidativa a questão da demanda judicial por medicamentos utilizados no tratamento do câncer, citada em alguns estudos, visto que muitos desses medicamentos apresentam custo elevado e alta sofisticação tecnológica. Além disso, o quadro epidemiológico atual do câncer no Brasil e suas tendências mostram relevância no âmbito da saúde pública e evidenciam a necessidade contínua de realização de pesquisas sobre este tema, as quais são essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas que visem ao controle do câncer no país (GUERRA *et al.*, 2005).

Apesar de existir no Brasil uma política pública de atenção integral ao paciente com câncer, que inclui o fornecimento de medicamentos, a demanda judicial por medicamentos oncológicos é citada em alguns estudos como sendo expressiva (LOPES *et al.*, 2010; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Os medicamentos utilizados no tratamento do câncer são, inclusive, responsáveis por vultosos recursos despendidos com o cumprimento das ordens judiciais (VIDAL *et al.*, 2017). Diante desse contexto, o estudo apresentado neste artigo, elaborado a partir da dissertação de mestrado de uma de suas autoras, justificou-se pela necessidade de conhecer o fenômeno da judicialização da saúde no âmbito do estado

de Minas Gerais, bem como de analisar os reflexos da Política Nacional de Atenção Oncológica nesse fenômeno, com vistas a instigar o debate acerca dessa política. Dessa forma, o artigo contempla uma análise a respeito da judicialização da saúde em Minas Gerais, enfocando, especialmente, o perfil das ações judiciais por medicamentos utilizados no tratamento de câncer no estado de Minas Gerais entre 1999 a 2009.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo retrospectivo a partir de dados de expedientes administrativos que continham informações de ações judiciais coletadas na SES-MG. O período considerado para a análise das ações ajuizadas contra a SES-MG foi de 22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009. O trabalho de campo foi realizado pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como parte integrante do projeto Impacto das Ações Judiciais na Política Nacional de Assistência Farmacêutica: Gestão da Clínica e Medicalização da Justiça, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG em 24 de setembro de 2008, Parecer nº ETIC 292/08. A coleta dos dados foi feita por meio de um formulário, estratificado em categorias que incluíam as variáveis desse estudo. Conforme mencionado, o artigo foi elaborado a partir da dissertação intitulada *Solicitações Judiciais de medicamentos para o tratamento do câncer, Minas Gerais, 1999-2009: Estudo Descritivo*.

O banco de dados assim constituído possui 6.112 ações judiciais registradas referentes a medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, entre outros. A população deste estudo foi constituída somente pelas ações nas quais se pleiteava medicamento para tratamento de câncer, que corresponderam a 492 ações. Para tanto, a partir do banco de dados foram selecionadas aquelas que continham pedido de medicamento e cuja doença alegada como sendo apresentada pelo paciente pertencia à categoria das Neoplasias [tumores] (CID 10 – C00 a CID

10 – D48), de acordo com a 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). O estudo utilizou as seguintes variáveis: sexo e idade do paciente beneficiário, origem da prescrição (local de realização do atendimento médico e natureza do estabelecimento de saúde, se público ou privado); diagnóstico informado; ano da ação judicial; fármaco solicitado; resultado da decisão judicial (deferimento, indeferimento ou suspensão do pedido judicial), autor da ação judicial e réus envolvidos no processo. Os fármacos solicitados foram classificados com base no código do sistema de classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical). A análise incluiu distribuições de frequências absolutas e relativas. Os softwares utilizados foram o Access 2007 e o Excel 2007.

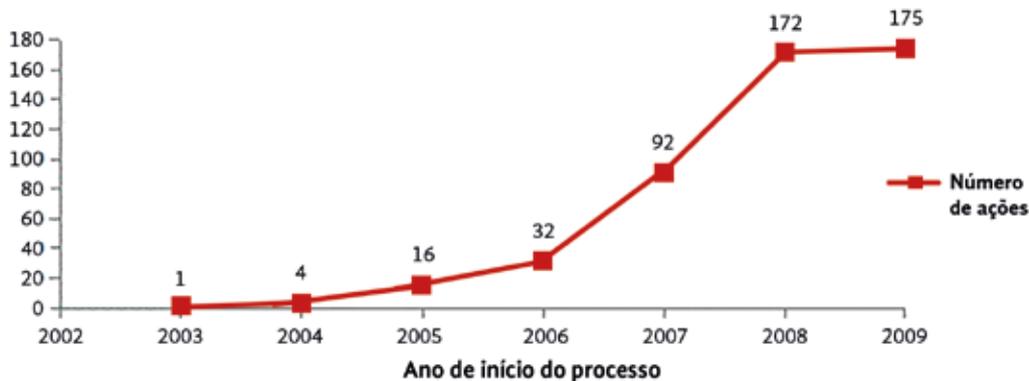
Para a construção da revisão de literatura, foram coletados e selecionados artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando-se os principais descritores relacionados a esse estudo, entre os quais os seguintes: Judicialização; Ações Judiciais; Direito Sanitário; Assistência farmacêutica; Oncologia.

Resultados e discussão

Conforme anteriormente mencionado, o universo das ações judiciais impetradas contra o Estado de Minas Gerais na área da saúde, no período de 1999-2009, compreendeu 6.112 processos. Desses, 492 (8,04%) solicitavam medicamentos para uso no tratamento do câncer. O primeiro pedido judicial de medicamento para o tratamento de câncer ocorreu em 2003. Nos anos subsequentes, os números de ações desse tipo foram crescentes e apresentaram um aumento acentuado a partir de 2006 (GRAF. 1).

O aumento gradual dessa demanda, desde 2003, pode ser analisado sob a perspectiva do aumento geral das demandas na área da saúde, tendo em vista a disponibilização de tecnologias cada vez mais sofisticadas e caras, e a conscientização dos cidadãos acerca dos seus direitos. O fato é que, face

Gráfico 1: Distribuição, por ano, das ações judiciais solicitando medicamento para o tratamento de câncer, em números absolutos, Minas Gerais, 1999 a 2009



à dificuldade do Poder Executivo em cumprir seu dever institucional, o cidadão tem encontrado uma nova forma de acesso por meio dos processos judiciais (LEITÃO, 2012).

Perfil das ações judiciais

Houve maior frequência de ações individuais judicializadas em 1ª instância e os instrumentos jurídicos mais utilizados foram Ações Ordinárias e Mandados de Segurança. Houve pedido de liminar em quase todas as ações judiciais, sendo 86,9% deferidos. A maioria dos processos judiciais (89,6%) tinha como autor o próprio beneficiário, sendo a maior parte conduzida por advogados particulares. O Estado figurou como réu em 100% das ações, os municípios, em 31,1% e a União, em 13,0%. Hospitais foram réus em apenas 1% das ações judiciais (TAB. 1).

A maior participação de advogados particulares na condução das ações judiciais, com menor atuação do Ministério Público, da Defensoria Pública e de núcleos de assistência jurídica gratuita, observada neste estudo, também foi verificada em outro estudo sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais, realizado por Neto *et al.* (2012). Esses resultados indicam que pessoas com menor poder aquisitivo têm dificuldades no acesso à via judicial para receber medicamentos, provavelmente, devido à baixa oferta desse tipo de assistência.

Por sua vez, a identificação de 31,1% de ações judiciais propostas com mais de

Tabela 1: Perfil das ações judiciais solicitando medicamento para o tratamento do câncer, Minas Gerais, 1999-2009

Variável	n	%
Instância da petição Inicial (n = 492)		
Fórum	342	69,5
Tribunal	80	16,3
Federal	34	6,9
Especial	29	5,9
Tipo de ação proposta (n = 492)		
Ação Ordinária	325	66,1
Mandado de Segurança	126	25,6
Ação Civil Pública	36	7,3
Outros	5	1,0
Pedido de Liminar (n = 492)		
Houve deferimento (n = 489)	425	86,9
Houve indeferimento (n = 489)	31	6,3
Houve suspensão (n = 489)	30	6,1
Houve deferimento parcial (n = 489)	3	0,6
Autor (n = 492)		
Beneficiários	441	89,6
Ministério Público Estadual	42	8,5
Ministério Público Federal	9	1,8
Tipo de Representante Judicial do Autor (n = 492)		
Advogado	334	67,9
Defensor Público	67	13,6
Sem representação	22	4,5
Núcleo de Assistência Jurídica	18	3,7
Não informado	51	10,4
Réu da Petição (n = 714)		
Estado	492	100,0
Município	153	31,1
União	64	13,0
Hospitais	5	1,0

Fonte: SES-MG. Elaboração própria

um ente federativo como réu (município, União) indica a adoção pelo reivindicante, em muitos casos, da tese da responsabilidade solidária entre os entes federativos na assistência farmacêutica. Tal constatação é presente também em estudo de Pepe *et al.* (2010a). Apenas cinco reivindicantes (1%) consideraram a responsabilidade do hospital onde o paciente realiza o tratamento pelo fornecimento do medicamento prescrito pelo médico assistente. Isso sugere que ainda é incipiente o reconhecimento da organização normativa da Política Nacional de Atenção Oncológica, segundo a qual o hospital credenciado junto ao SUS para o tratamento do câncer deve fornecer todos os medicamentos necessários para o tratamento integral do paciente (BRASIL, 2013).

O predomínio de pedidos de liminar e deferimentos em favor do beneficiário coincide com achados de outros autores (GOMES *et al.*, 2014; PEPE *et al.*, 2010b). A posição dominante nos tribunais enxerga o direito à saúde como um direito ao atendimento à saúde, terapêutico e farmacêutico ilimitado. Entretanto, parece não haver relevância em relação ao tipo do agravo, mas sim ao princípio da precaução para proteger o direito à saúde da pessoa (SOUZA *et al.*, 2012).

Beneficiários das ações judiciais

A frequência de beneficiários do sexo feminino e masculino foi semelhante. A maior parte dos beneficiários estava na faixa etária entre 40 e 59 anos (11,5%), seguida por aqueles com idade entre 60 e 79 anos (8,1%) (TAB. 2).

O maior número de beneficiários entre 40 e 79 anos remete ao fenômeno de transição epidemiológica, caracterizado pelo deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos, com grande impacto para o sistema de saúde. A participação do câncer nessa mudança de perfil está relacionada à maior exposição a agentes cancerígenos relacionada aos atuais padrões de vida; ao prolongamento da expectativa de vida, com consequente envelhecimento populacional e ao aprimoramento dos métodos para se diagnosticar o câncer (INCA, 2012).

Tabela 2: Perfil dos beneficiários das ações judiciais solicitando medicamento para o tratamento de câncer, Minas Gerais, 1999-2009

Variável	n	%
Sexo (n = 503)		
Feminino	245	48,7
Masculino	253	50,3
Não se aplica*	5	1,0
Idade (n = 503)		
0 a 19	8	1,6
20 a 39	33	6,6
40 a 59	58	11,5
60 a 79	41	8,2
80 a 99	7	1,4
Não informado	351	69,8
Não se aplica*	5	1,0

Fonte: SES-MG. Elaboração própria

* Trata-se das ações civis públicas que beneficiavam de forma coletiva os cidadãos de uma determinada jurisdição, não sendo possível definir o sexo e idade dos indivíduos beneficiados.

Origem do atendimento médico dos beneficiários das ações judiciais

De acordo com a origem do atendimento médico do paciente, predominaram as organizações de natureza privada e as entidades beneficentes sem fins lucrativos. A maior parte dos atendimentos ocorreu em municípios localizados na Macrorregião Centro do Estado de Minas Gerais, principalmente em Belo Horizonte (TAB. 3).

A constatação de que a maior parte dos atendimentos médicos dos pacientes demandantes foi realizada em estabelecimentos privados indica a hipótese da existência de uma parcela de pacientes que não precisaram, necessariamente, seguir os fluxos de detecção e tratamento do câncer estabelecidos para o SUS, mas que, mesmo assim, conseguiram ter acesso ao medicamento do qual necessitavam por meio do poder público, acessando o Judiciário. Nesse caso, a atenção de alta complexidade da assistência privada ou suplementar parece não ter sido capaz de assistir os pacientes com câncer no acesso integral ao tratamento e o SUS acabou

Tabela 3: Caracterização da origem do atendimento médico dos beneficiários das ações judiciais solicitando medicamento para o tratamento de câncer, Minas Gerais, 1999-2009

Variável	n	%
Natureza da organização (n = 508)		
Empresa privada	188	37
Entidade beneficente sem fins lucrativos	66	13
Administração direta de outros órgãos	34	6,7
Administração indireta autarquias	23	4,5
Administração indireta fundação pública	8	1,6
Administração direta MS, SES e SMS	2	0,4
Cooperativa	2	0,4
Não informado	185	36,4
Município do estabelecimento de saúde (n = 508)		
Belo Horizonte	230	45,3
Juiz de Fora	34	6,7
Uberlândia	28	5,5
Uberaba	14	2,8
Barretos (SP)	10	2,0
Ipatinga	8	1,6
Montes Claros	8	1,6
São Paulo (SP)	7	1,4
Varginha	7	1,4
Barbacena	6	1,2
Outros	43	8,5
Não informado	113	22,2
Macrorregião de localização do estabelecimento de saúde (n = 508)		
Centro	238	46,9
Sudeste	37	7,3
Triângulo do Norte	29	5,7
Sul	17	3,3
Triângulo do Sul	15	3
Leste	13	2,6
Norte	8	1,6
Centro-Sul	7	1,4
Noroeste	5	1
Oeste	1	0,2
Outros estados	25	4,9
Não informado	113	22,2

Fonte: SES-MG. Elaboração própria

financiando a terapia quanto aos medicamentos considerados de alto custo.

Vale lembrar que, no campo da saúde suplementar, somente com as alterações introduzidas na regulamentação dos planos de saúde pela Lei Federal nº 12.880 de novembro de 2013, é que os antineoplásicos domiciliares de uso oral, tais como os medicamentos temozolamida e sunitinibe, demandados neste estudo, foram incluídos no rol de procedimentos de cobertura obrigatória para beneficiários dos planos de saúde. Por sua vez, a concentração da demanda judicial por medicamentos antineoplásicos decorrente de atendimentos realizados em estabelecimentos de saúde localizados em cidades de grande e médio porte relaciona-se com a existência nesses locais de uma rede estruturada de serviços de saúde e de serviços jurídicos. Tal estruturação propicia o acesso dos cidadãos a órgãos públicos mais estruturados, o que inclui maior acesso dos cidadãos para pleitear os seus tratamentos de saúde no Judiciário. A concentração de ações judiciais na área da saúde em cidades mais desenvolvidas como as capitais e os grandes municípios é uma característica comum, também, observada em outros estudos sobre a judicialização (GOMES *et al.*, 2014; MESSEDER *et al.*, 2005; PEPE *et al.*, 2010a).

Diagnósticos informados nas ações judiciais

Os principais diagnósticos informados nas ações judiciais foram neoplasia maligna do encéfalo (15,4%), neoplasia maligna da mama (12,2%), neoplasia maligna do rim exceto pelve renal (8,5%), neoplasia maligna do cólon (7,5%), neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (7,3%), neoplasia maligna da próstata (6,5%), linfoma não-hodgkin folicular (5,7%) e neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas (4,7%) (TAB. 4).

Com relação aos diagnósticos dos pacientes que demandaram os medicamentos analisados, conforme CID informado no atendimento, houve um destaque para a solicitação judicial de medicamentos por

Tabela 4: Diagnósticos informados nas ações judiciais solicitando medicamento para o tratamento de câncer, conforme atendimento médico, Minas Gerais, 1999 a 2009

Código CID – Diagnóstico (n = 508)	n	%
C71 - neoplasia maligna do encéfalo	78	15,4
C50 - neoplasia maligna da mama	62	12,2
C64 - neoplasia maligna do rim exceto pelve renal	43	8,5
C18 - neoplasia maligna do cólon	38	7,5
C34 - neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	37	7,3
C61 - neoplasia maligna da próstata	33	6,5
C82 - linfoma não-Hodgkin folicular	29	5,7
C22 - neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	24	4,7
Outras neoplasias	164	32,3

Fonte: SES-MG. Elaboração própria

pacientes que apresentavam diagnóstico de neoplasia maligna do encéfalo (15,4%) e neoplasia maligna da mama (12,2%). À época das demandas deste estudo, no período entre 1999 e 2009, o Ministério da Saúde havia lançado poucos Protocolos e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para o tratamento do câncer. Somente a partir de 2012, o Ministério da Saúde lançou com maior periodicidade e atualizou Protocolos e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para a maioria das neoplasias que estiveram entre as mais frequentes apresentadas pelos beneficiários deste estudo (BRASIL, 2013). Sendo assim, é oportuna a realização de estudos sobre o efeito do estabelecimento e atualização desses Protocolos e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas na assistência oncológica do SUS em termos de qualidade e no impacto desses no quantitativo de demandas judiciais por medicamentos utilizados no tratamento do câncer.

Medicamentos demandados nas ações judiciais

As 492 ações judiciais analisadas na pesquisa contemplam 615 pedidos de medicamentos para o tratamento de câncer,

sendo que 412 (67,0%) medicamentos estão classificados na categoria L do código ATC, como agentes antineoplásicos e imunomoduladores. Os outros 203 medicamentos solicitados estão classificados em diferentes classes terapêuticas que correspondem, principalmente, a analgésicos (7,4%), agentes antitrombóticos (4,9%), hormônios da pituitária, hipotalâmicos e seus análogos (4,9%), agentes diagnósticos (4,9%) e nutrientes gerais (4,9%) (TAB. 5).

Tabela 5: Medicamentos solicitados para o tratamento de câncer nas ações judiciais, conforme 1º nível da Classificação ATC, Minas Gerais, 1999 a 2009

Código ATC (n = 615)	Descrição	n	%
L	agentes antineoplásicos e imunomoduladores	412	67,0
N	sistema nervoso	37	6,0
A	trato alimentar e metabolismo	25	4,1
C	sistema cardiovascular	24	3,9
V	vários	24	3,9
H	preparações hormonais para uso sistêmico, excluindo hormônios sexuais e insulinas	21	3,4
B	sangue e órgãos hematopoiéticos	17	2,8
J	Anti-infecciosos para uso sistêmico	15	2,4
G	sistema geniturinário e hormônios sexuais	14	2,3
M	sistema músculo-esquelético	12	2,0
D	dermatológicos	6	1,0
R	sistema respiratório	3	0,5
S	órgãos dos sentidos	2	0,3
P	produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1	0,2
sem classificação ATC		2	0,3

Fonte: SES-MG. Elaboração própria

A demanda judicial por medicamentos não pertencentes à categoria dos agentes antineoplásicos, a exemplo dos analgésicos, pode indicar uma possível dificuldade de acesso do paciente com câncer a

medicamentos sintomáticos que, embora não curativos, podem lhes possibilitar uma melhora considerável na qualidade de vida. Muitos medicamentos desse tipo já se incluem nos valores dos respectivos códigos de quimioterapia dos hospitais credenciados ao SUS e são administrados ambulatorialmente, no estabelecimento de saúde, para profilaxia ou controle de efeito colateral de quimioterápico ou adjuvante (BRASIL, 2013). Entretanto, este estudo reforça que o acesso do paciente com câncer a esses medicamentos precisa ser garantido, haja vista a responsabilidade com a integralidade da assistência. Portanto, a inclusão de medicamentos de suporte, ou sintomáticos, para o tratamento do câncer em relações oficiais de medicamentos disponibilizados pelos programas de assistência farmacêutica do SUS, também, deve ser uma preocupação dos gestores.

Os medicamentos antineoplásicos (grupo L do código ATC), que foram aqueles demandados em maior quantidade, atuam diretamente no combate ao câncer, doença mencionada como sendo o principal diagnóstico dos beneficiários. Tais medicamentos, geralmente, apresentam alto custo e sofisticação tecnológica, o que justifica a demanda pela via judicial (LOPES *et al.*, 2010). Estudo realizado por Leitão (2012), que analisou a demanda judicial de medicamentos no estado da Paraíba, concluiu que o grupo dos medicamentos antineoplásicos foi o solicitado com maior frequência. Em outro estudo, realizado por Messeder *et al.* (2005), que analisou o perfil das ações judiciais impetradas contra o estado do Rio de Janeiro entre 1991 a 2002, os agentes antineoplásicos e imunomoduladores representaram 7,9% dos pedidos judiciais de medicamentos. De modo semelhante, no município de São Paulo, em 2005, as ações judiciais para a aquisição de medicamentos antineoplásicos representaram 7,2% do total de itens solicitados, sendo que os gastos com a compra dos medicamentos antineoplásicos (cerca de R\$ 661.000,00) corresponderam a 75% do gasto com a aquisição de medicamentos por determinação judicial no período

analisado (VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Os fármacos antineoplásicos mais solicitados foram o temozolomida (17,23%), seguido pelos fármacos rituximabe (11,41%), sunitinibe (9,95%), trastuzumabe (8,98%), erlotinibe (8,50%) e bevacizumabe (7,28%) (TAB. 6).

Tabela 6: Medicamentos antineoplásicos, conforme o 5º nível da Classificação ATC, solicitados nas ações judiciais para o tratamento de câncer, Minas Gerais, 1999 a 2009

Medicamento (n = 412)	ATC	n	%
Temozolomida	L01AX03	71	17,23
Rituximabe	L01XC02	47	11,41
Sunitinibe	L01XE04	41	9,95
Trastuzumabe	L01XC03	37	8,98
Erlotinibe	L01XE03	35	8,50
Bevacizumabe	L01XC07	30	7,28
Sorafenibe	L01XE05	25	6,07
Cetuximabe	L01XC06	18	4,37
Gosserrelina	L02AE03	12	2,91
Lapatinibe	L01XE07	12	2,91
Imatinibe	L01XE01	11	2,67
Anastrozol	L02BG03	7	1,70
Capecitabina	L01BC06	5	1,21
Tacrolimo	L04AD02	5	1,21
Azacitidina	L01BC07	4	0,97
Bortezomibe	L01XX32	4	0,97
Dasatinibe	L01XE06	4	0,97
Micofenolato de Mofetila	L04AA06	4	0,97
Lenalidomida	L04AX04	3	0,73
Leuprorrelina	L02AE02	3	0,73
Ciclofosfamida	L01AA01	2	0,49
Decitabina	L01BC08	2	0,49
Filgrastin	L03AA02	2	0,49
Fluoruracila	L01BC02	2	0,49
Fulvestranto	L02BA03	2	0,49
Irinotecano	L01XX19	2	0,49
Oxaliplatina	L01XA03	2	0,49
Vacina BCG	L03AX03	2	0,49
Bicalutamida	L02BB03	1	0,24
Clofarabina	L01BB06	1	0,24
Docetaxel	L01CD02	1	0,24
Doxorrubicina	L01DB01	1	0,24
Fludarabina	L01BB05	1	0,24

Medicamento (n = 412)	ATC	n	%
Gefitinibe	L01XE02	1	0,24
Hidroxiureia	L01XX05	1	0,24
Idarrubicina	L01DB06	1	0,24
Letrozol	L02BG04	1	0,24
Megestrol	L02AB01	1	0,24
Mercaptopurina	L01BB02	1	0,24
Mitotano	L01XX23	1	0,24
Pemetrexede	L01BA04	1	0,24
Talidomida	L04AX02	1	0,24
Tamoxifeno	L02BA01	1	0,24
Tensirolimo	L01XE09	1	0,24
Vincristina	L01CA02	1	0,24
Vinorelbina	L01CA04	1	0,24

Fonte: SES-MG. Elaboração própria

O medicamento com maior demanda judicial no período analisado (17,23%) correspondeu ao fármaco temozolomida (nome comercial Temodal). Trata-se de um medicamento indicado em bula disponibilizada no bulário eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o tratamento de alguns tipos de tumores do sistema nervoso central (glioma maligno, glioblastoma multiforme, astrocitoma anaplásico) e melanoma maligno (ANVISA, 2018).

Conforme estimativa de custo realizada por CCATES (2012), considerando um tratamento quimioterápico com temozolomida na posologia de 200 mg/m² ao dia, durante cinco dias a cada 28 dias, por no máximo 12 ciclos, e o preço de fábrica do medicamento disponível para compras públicas, o custo de tratamento com esse medicamento seria de R\$ 58.492,80. Ou seja, cerca de R\$ 4.874,40 por ciclo de 28 dias de tratamento. Em contraste, cabe mencionar que, no caso da quimioterapia paliativa de tumor do sistema nervoso central, procedimento passível de utilização do medicamento temozolomida, o valor médio mensal atual do esquema terapêutico, conforme a (APAC), a ser ressarcido pelo SUS é de R\$ 800,00 (SIGTAP, 2018). Dessa forma, tendo em vista o alto custo desse medicamento, muitos prestadores do SUS

podem ter se recusado a fornecê-lo ao paciente, o que o levou a buscar a via judicial. No caso de pacientes cobertos pela assistência médica suplementar, tal explicação também é válida, pois, conforme Scheffer (2006), as operadoras tendiam a não arcar com despesas de tratamentos caros.

O fármaco rituximabe, segundo medicamento mais solicitado nas ações judiciais, é um exemplo de que o SUS pode e deve propiciar o acesso a novas tecnologias comprovadamente eficazes. A utilização desse medicamento no SUS foi autorizada somente em 2012, quando o Ministério da Saúde, tendo em vista evidências científicas favoráveis a sua utilização, recomendou o seu uso no tratamento de pacientes com diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (BRASIL, 2012). No ano seguinte, o fármaco rituximabe foi aprovado, também, para o tratamento de linfoma não Hodgkin de células B folicular (BRASIL, 2013). Isso, também, explica parte da demanda por esse medicamento no período analisado, anterior a sua incorporação pelo SUS, e reforça a teoria de que a via judicial também pode indicar lacunas assistenciais no sistema público de saúde.

Estudo realizado por Vidal *et al.* (2017), que analisou dados de processos judiciais que demandaram medicamentos antineoplásicos, chamou atenção para o dispêndio de alto custo pelo poder público para o fornecimento desses medicamentos pela via judicial. Os autores identificaram que os instrumentos técnico-sanitários disponíveis para subsidiar as decisões judiciais parecem ser insuficientes, o que indica a necessidade de se estabelecerem estratégias para se contingenciar o processo de judicialização, tendo em vista o comprometimento dos recursos financeiros do SUS que seriam utilizados em outras ações e serviços.

Além disso, a via judicial também vem sendo utilizada por diversos grupos de interesse para promover a incorporação de inovações em curso e tecnologias no SUS. Sob essa ótica, vale citar a pressão exercida por profissionais da saúde, como médicos, e pelo

Judiciário, a exemplo dos advogados, ambos influenciados pela indústria farmacêutica, para a promoção e uso de medicamentos com a utilização de recursos do SUS (NETO *et al.*, 2012).

Conclusão

O estudo demonstra uma maior demanda dos pacientes em tratamento oncológico por medicamentos que não eram contemplados em protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS no período analisado. Além disso, pacientes da assistência privada e suplementar, também, podem ter tido dificuldades no acesso a medicamentos para o tratamento do câncer, haja vista que predominaram as organizações de natureza privada como responsáveis pelo atendimento médico do paciente.

Percebe-se, diante disso, que são necessários esforços contínuos por parte do Poder Executivo para garantir que todos os pacientes com diagnóstico de câncer possam ter acesso aos medicamentos necessários, como parte de uma assistência de qualidade que acompanhe o desenvolvimento científico.

O Poder Judiciário tem um importante papel na garantia da efetivação das políticas públicas, porém, nas decisões judiciais

é importante que seja realizada análise criteriosa das políticas públicas já existentes e da eficácia e efetividade dos tratamentos pleiteados, a fim de minimizar o impacto orçamentário no SUS.

Essas iniciativas podem evitar a banalização do recurso ao Poder Judiciário e arrefecer a alternativa da judicialização da saúde, contribuindo, desse modo, para a melhor distribuição e utilização dos recursos públicos.

Limitações do estudo: Como limitações do estudo, cabe citar que as fontes utilizadas na pesquisa, por terem finalidade administrativa, apresentavam muitas vezes informações incompletas e inconsistentes. Isso impossibilitou a obtenção de dados em alguns casos, principalmente, com relação à idade e ao diagnóstico apresentado pelo paciente o que pode prejudicar a extrapolação das informações obtidas a partir do estudo.

Contribuição dos autores: K. A. R. participou de todo o planejamento, execução e confecção do manuscrito. E. I. G. A. e J. A.: orientadora e co-orientadora, respectivamente, supervisionaram a execução do projeto que originou o manuscrito. Todos os autores participaram do delineamento, análise e interpretação dos dados.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *Bula do medicamento Temodal*. Bulário eletrônico. 2018.

Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp>. Acesso em: 22 set. 2018.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – ALMG. 2017. *Custo da judicialização da saúde afeta atenção básica em MG*. Disponível em: < https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/06/07_saude_judicializacao.html>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/SAS nº 63, de 27 de dezembro de 2013*. Torna pública a decisão de incorporar o rituximabe para o tratamento de linfoma não Hodgkin de células B, folicular, CD20 positivo, em 1ª e 2ª linha no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. *Lei 12880, de 12 de novembro de 2013*. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12880.htm>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/SAS nº621, de 5 de julho de 2012*. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Linfoma Difuso de Grandes Células B. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Bases Técnicas em Oncologia – SIA/SUS, Sistema de informações ambulatoriais*. 14. ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

CENTRO COLABORADOR DO SUS – CCATES. Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde. *Parecer Técnico Científico – Eficácia e Segurança de Temozolomida no tratamento do astrocitoma de baixo grau*. Ago. 2012. Disponível em: <http://www.ccates.org.br/content/_pdf/PTC_05_12.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005>. Acesso em: 16 out. 2018.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020>. Acesso em: 16 out. 2018.

GOMES, F. F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2018.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisa01.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

LEITÃO, L. C. A. *Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba*. Campina Grande: UEPB, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Disponível em: <<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1810/1/Luana%20Couto%20Assis%20Leitao.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

LOPES, L. C. *et al.* Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 620-628, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400005>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MARQUES, S. B. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de lei nº 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 64-86, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13163>>. Acesso em: 18 out. 2018.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525-34, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2005000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 ago. 2018.

NETO, O. H. C. *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2018.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642012000200014>. Acesso em: 16 out 2018.

PEPE, V. L. E. *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 461-171, 2010a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300004>. Acesso em: 22 ago. 2018.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2018.

RAMOS, K. A. *Solicitações Judiciais de medicamentos para o tratamento do câncer, Minas Gerais, 1999-2009: Estudo Descritivo*. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-AT6K7D>>. Acesso em: 6 nov. 2018.

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS – SIGTAP. 2014. Disponível em:

<<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0304020320/09/2018>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SOUZA, I. P. *et al.* Direito à saúde no Tribunal de Justiça: Demanda por Medicamentos em Oncologia. *Revista Rene*, v. 13, n. 4, p. 919-928, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983022>>. Acesso em: 27 set. 2018.

VIDAL, T. J. *et al.* Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2539-2548, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2539.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000200007&script=sci_abstract&tlng=p>. Acesso em: 26 set. 2018.

Normas para publicação

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

1. Objetivos

A Revista de Saúde Pública do SUS/MG é uma publicação de caráter de divulgação técnico-científico, de periodicidade semestral e de acesso livre. Editada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS) e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), por intermédio de suas Assessorias de Comunicação Social e seus setores de pesquisa. Tem por finalidade a difusão do conhecimento técnico-científico relacionado ao processo saúde-doença-cuidado, à formação de recursos humanos e à rede de serviços, visando ao seu aprimoramento. Representa, ainda, uma estratégia de registro e veiculação de documentos e legislações referentes ao campo da Saúde Pública, bem como de interlocução de experiências entre as instituições que compõem o Sistema de Saúde do Estado de Minas Gerais.

2. Estruturação básica

A revista tem a missão de publicar artigos originais; artigos de revisão; relatos de experiência/caso; resenhas de livros e revistas; resumos de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs), dissertações e teses; portarias, regimentos, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, bem como entrevistas. Todos os trabalhos devem ser inéditos, de propriedade da Revista de Saúde Pública do SUS/MG, e não devem ser reproduzidos em outros veículos, mesmo que parcialmente. Os textos podem ser submetidos em **português e em inglês**.

3. Avaliação

Todas as matérias serão submetidas ao julgamento de pelo menos dois pareceristas que integram a Comissão Editorial ou pareceristas *ad hoc*.

NORMAS EDITORIAIS

1 – Informações aos colaboradores

O Conselho Editorial da Revista ressalta que toda submissão de texto está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e Preparação dos Textos

Artigos originais

Textos que retratem resultados de estudos ou pesquisas concluídas. Devem apresentar, no máximo, 8.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Artigos de revisão

Textos que apresentam uma síntese crítica de conhecimentos relacionados a um determinado tema, mediante análise, interpretação e discussão da bibliografia. Devem apresentar, no máximo, 10.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Relatos de experiências/caso

Relatos sobre a experiência profissional e estudos de caso, acompanhados de breve comentário, útil para a interlocução com outros profissionais da área. Devem apresentar, no máximo, 3.000 palavras excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Resenhas

Tipo de texto elaborado por especialistas de uma determinada área que analisa produções científicas ou assuntos tratados em uma obra. Devem apresentar, no máximo, 3.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Resumos de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), dissertação e tese

Apresentação concisa que informe suficientemente ao leitor o objetivo, a metodologia, os resultados e as considerações finais/conclusões do TCC, da dissertação ou da tese, para que ele possa optar pela conveniência da leitura integral desses textos. A revista pode também publicar os anais com os resumos de trabalhos dos eventos científicos realizados no estado de Minas Gerais. Devem apresentar, no máximo, 250 palavras.

Entrevistas

Depoimentos de pessoas cuja história de vida ou realização profissional seja relevante para o campo da Saúde Pública. Devem apresentar, no máximo, 2.000 palavras.

Legislação e normas técnicas

Portarias, regimentos, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de saúde desenvolvidos no Estado.

Relatórios de reuniões ou Oficinas de Trabalho e de Pesquisa

Textos que discutem temas relevantes ao campo da Saúde Pública, com considerações finais/conclusões e recomendações. Devem apresentar, no máximo, 2.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Outras modalidades podem ser aceitas desde que aprovadas pelo Conselho Editorial da Revista.

2 – Orientações gerais para apresentação dos textos

A submissão de textos é feita **apenas online** - <http://revistageraissaude.mg.gov.br/> pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER). Toda submissão de texto à Revista de Saúde Pública do SUS/MG está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Os arquivos contendo os textos não devem conter os nomes dos autores e coautores. O material deve ser digitado no editor de textos Word for Windows, em espaço duplo, com margem esquerda de 3 cm e margem direita de 2 cm, margem superior 2,5 cm e inferior 1,5 cm, fonte Times New Roman 12, respeitando o número máximo de palavras definido pela forma dos textos, já apresentada anteriormente. O título deve preceder o texto e estar em português e inglês. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de Resumo em português e inglês (*Abstract*) que reflita os aspectos fundamentais dos trabalhos (máximo de 250 palavras) e de 3 a 6 palavras-chave em português e inglês (*Keywords*) alusivas à temática, com

exceção da seção de Entrevista. Para as palavras-chave, orienta-se consultar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o *Sociological Abstracts*.

As ilustrações, quando houver, devem estar apresentadas em formato .tiff ou .ai ou .cdr ou .psd, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte Times New Roman 10. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. O título das tabelas, dos gráficos, dos quadros e demais ilustrações deve ser claro e conciso, localizado acima da ilustração e na mesma margem desta. É escrito em letras minúsculas, exceto a inicial da frase e dos nomes próprios, antecedido da palavra designativa, seu número de ordem e separado por travessão. A legenda consiste em texto explicativo que acompanha a ilustração e caso seja necessário utilizá-la, deve ser inserida na parte inferior após a ilustração. Abaixo da legenda, deve-se indicar a fonte. Elas devem ser apresentadas em arquivos separados e inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto, deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas. Deve ser providenciada uma cópia do texto, na versão PDF, com inserção das ilustrações, que também deve vir como documento suplementar. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do texto, quando deverá haver negociação prévia com os editores. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente, ter título com apenas as iniciais em maiúsculas e estar citado no texto.

Os textos, geralmente, são divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais. Poder ser necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções são organizados com numeração progressiva e negritados.

Deve ser submetida, como documento suplementar, folha de rosto contendo título (em português e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: titulação, vínculo institucional, endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail. Coautores: titulação, vínculo institucional e e-mail. Caso não tenha um vínculo institucional, informar a atividade profissional.

Em caso de textos referentes a resultados de pesquisa com seres humanos, o estudo deve ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, segundo resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde; e, quando necessário, pelo Comitê de Acesso à Biodiversidade.

No momento da submissão do texto, o(s) autor(es) pode(m) sinalizar aos revisores a possibilidade de haver conflitos de interesse em relação ao objeto do texto ou, ainda, sugerir nomes de pareceristas.

No caso de dois autores ou mais, as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas ao final do texto, antes das referências, de acordo com os critérios de autoria estabelecidos nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE). Este Comitê determina que o reconhecimento da autoria deve se basear na contribuição substancial de cada autor, relacionando-a aos seguintes aspectos: concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Modelos a seguir:

Modelo 1: “Autor A – responsabilizou-se pela concepção do projeto, análise e interpretação dos dados...; Autor B – responsabilizou-se pela redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual; Autor C – responsabilizou-se pela aprovação final da versão a ser publicada.”

Modelo 2: “Todos os autores trabalharam nas diversas etapas da pesquisa e de produção do texto.”

Na primeira página devem constar, em português e inglês, o título, o resumo (até 250 palavras) e de 3 a 6 palavras-chave. A contagem do número de palavras do resumo não inclui o título e as palavras-chave.

Notas de rodapé – devem ser evitadas.

Citações

Na revista *Gerai*s é adotado o sistema AUTOR-DATA como forma de chamada da citação, seguindo as orientações da norma ABNT NBR 10520 de 2002.

Neste sistema, a indicação da fonte é feita da seguinte forma:

Citação com um autor: o nome do autor deve ser apresentado em letras maiúsculas, seguido do ano de publicação. Exemplos:

“...de acordo com um estudo realizado no município de São Paulo (MONTEVAN, 2007) ...”

“A equipe de Serruya (2004) constatou que somente 28% de todas as mulheres no período gestacional estavam cadastradas no SIS Pré-natal.”

Citação com dois autores: os nomes dos autores devem ser apresentados em letras maiúsculas, separados por ponto e vírgula, seguidos do ano de publicação. Quando citados no texto, os nomes dos autores devem ser separados pela conjunção “e”. Exemplos:

“No Brasil, os sistemas de informação nacionais foram avaliados por diversos pesquisadores (SILVA; LAPREGA, 2005)...”

“Segundo Peterlini e Zagonel (2003), esse aspecto tem sido relevante, principalmente em países de recursos financeiros escassos...”

Citação com mais de dois autores: deve ser citado apenas o primeiro autor, seguido da expressão *et al.* e o ano de publicação. Exemplos:

“Victoria *et al.* (1999) descreveram a prevalência de hábitos de sucção não-nutritivos ligados ao tipo de nutrição da criança...”

Os hábitos de sucção não-nutritivos foram descritivos em um estudo conduzido em Pelotas (VICTORA *et al.*, 1999).

Citação de vários trabalhos de um mesmo autor:

– trabalhos de um mesmo autor que tratam de um mesmo assunto, porém em anos diferentes. Exemplo:

“Segundo Silva (1991, 1992, 1994), o conceito de civilização...”

– quando citar mais de um trabalho de um mesmo autor sobre um mesmo assunto publicado no mesmo ano, pode se utilizar letras do alfabeto para diferenciá-los. Exemplo:

“Os resultados desse trabalho confirmam os dados levantados anteriormente no estado de Minas Gerais (OLIVEIRA *et al.*, 1984a,b).”

Citação indiretas de vários trabalhos de diversos autores:

– As citações indiretas de vários trabalhos de diversos autores, citados simultaneamente, devem se proceder em ordem alfabética e separadas por ponto-e-vírgula. Exemplo:

“A inserção da Equipe de Saúde Bucal demonstra o reconhecimento do MS de que a saúde não pode ser cuidada por apenas um profissional específico e, sim entendida como objeto de todos os profissionais do PSF, em uma perspectiva inter e multidisciplinar, exigindo uma inter-relação de todos os profissionais da equipe (CARVALHO *et al.*, 2004; MARQUES e MELO, 2009; SOUZA, 2001).”

No caso de citações literais de até três linhas, essa deve vir entre aspas, sem destaque em itálico e entre parênteses (sobrenome do autor, data, p.xx, sem espaço entre o ponto e o número). Citações literais de mais de três linhas devem estar em parágrafo destacado do texto (um *enter* antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, fonte menor que a utilizada no texto, em espaço simples, sem aspas ou itálico, terminando na margem direita do texto e, entre parênteses, o sobrenome do autor, a data e a página. Os parênteses são utilizados somente para indicar autoria, e o colchete, para indicar fragmento de citação, por exemplo:

“O estudo das políticas de saúde na área de Saúde Coletiva ocupou [...] um lugar central [...]”. (COHN, 2012, p.219).

Referências

As referências são listadas no final do texto, em ordem alfabética, e trazem os nomes de todos os autores citados no texto de acordo com as normas da ABNT (NBR 6023/2002). O título deve estar destacado

em negrito, enquanto que o subtítulo, não. Não é preciso especificar o número de páginas. Quando se tratar de mais de uma obra do mesmo autor, referenciadas sequencialmente na listagem bibliográfica, dentro da mesma página utilizar travessão sublinear (underline) coma extensão de seis espaços seguidos de ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se houver mudança de página, é necessário repetir o nome do autor.

1 – Livros

MINAYO, M. C. S. **Os homens de ferro**: estudo sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

_____. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão *et al.* Exemplo:

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Orgs.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

CAMPOS *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

Quando o autor do livro é o mesmo do autor do capítulo:

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

Se o Autor do livro é diferente do autor do capítulo:

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

2 – Capítulos de livro

Apenas o título do livro é destacado, em negrito, sendo obrigatório indicar, ao final

da referência, a página inicial e final do capítulo citado.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

3 – Regras específicas

Autor é uma instituição ou entidade:

BRASIL. **Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2. ed., 1998.

4 – Séries e coleções

MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v. 1).

5 – Artigos em periódicos

O título do periódico é destacado em negrito e após o volume e o número, deve estar explícito as páginas em que o artigo foi publicado.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 1, n. 1, p.7-40, 1997.

6 – Teses e dissertações

Apenas as palavras Tese ou Dissertação são destacadas em negrito.

SILVA, M. B. P. da. Um estudo da relação entre resultados do concurso vestibular e desempenho acadêmico em psicologia. Curitiba, 1989. 120 f. **Dissertação** (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná.

IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. **Dissertação** (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

7 – Resumos em anais de eventos

Apenas a palavra Anais é destacada em negrito.

PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

No caso de Artigos e Resumos, se o trabalho for consultado *on-line*, deve-se mencionar o endereço eletrônico: Disponível em: <...>. Acesso em (dia, mês, ano). Se o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

8 – Documentos eletrônicos

Apenas o título do periódico é destacado, em negrito. Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos. Se a referência incluir o DOI, ele deve ser mantido. Quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre.

ANTUNES, Arthur Velloso; COSTA, Moacir Nascimento. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600019&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em: 11 jul. 2013. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600019>>.

Análise e aprovação dos textos

O texto será encaminhado, respeitando-se o anonimato dos autores, para o grupo de pareceristas dentro do critério de revisão por pares, sendo, no mínimo, dois relatores. Para garantir o anonimato, ele deverá vir sem os nomes dos autores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Conselho Editorial. O texto é de responsabilidade dos autores, podendo não coincidir com o ponto de vista do Conselho Editorial e dos pareceristas *ad hoc*.

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à Revista de Saúde Pública do SUS/MG.

