Judicialização, o médico regulador do sus e os desafios bioéticos na tomada de decisão nas internações hospitalares

Renan Guimarães de Oliveira[1]
Miriam Ventura da Silva[2]

RESUMO: Este artigo trata dos aspectos bioéticos da tomada de decisão do médico regulador perante uma ordem judicial que requer a internação ou a transferência hospitalar do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). As leis e normas regulamentadoras do SUS respaldam políticas públicas que evidenciam o papel do médico como autoridade sanitária no âmbito do complexo regulador do acesso às ações e serviços públicos de saúde. O objetivo deste estudo é o de compreender o trabalho do médico regulador na central de regulação de internações ou transferências hospitalares no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, buscando identificar os limites e dificuldades, e as possíveis razões aplicadas à regulação por esta autoridade-sanitária-chave diante de uma determinação judicial. Trata-se de uma pesquisa de doutorado em andamento onde se busca discutir articular três temáticas: judicialização da saúde, o trabalho médico e a regulação do acesso à assistência. A hipótese do estudo é que a ordem judicial para internação está presente no cotidiano do médico regulador e considerando a especificidade desta demanda no âmbito da saúde pública e a existência de um complexo regulador, com normas administrativas próprias relativas ao acesso, se faz necessário refletir os aspectos particulares do processo de tomada de decisão desta autoridade sanitária, identificando argumentos, e os valores sociais, morais e técnicos que envolvem a deliberação.
Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Direito à Saúde; Judicialização da Saúde

Introdução

A assistência à saúde pública no Brasil se inicia e se completa na rede de ações e serviços de saúde própria ou conveniada, que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é de responsabilidade dos três entes federativos que, de forma cooperativa, devem organizar a rede de serviços de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada e cooperativa. Com competências e atribuições específicas, cada esfera de governo responde de forma solidária pelo atendimento integral às necessidades de saúde dos cidadãos, coletivas e individuais. A participação da comunidade nas políticas de saúde integra o conjunto de diretrizes legais organizativas do SUS, conferindo o caráter social e democrático do direito à saúde, e da organização das ações e serviços que devem concretizá-lo no Brasil.

[1] Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: renangos@yahoo.com.br
[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro

Como princípios éticos, o direito à saúde brasileiro se fundamenta na universalidade e na igualdade dos cidadãos ao acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma gratuita e equitativa. A formulação conceitual do direito à saúde e do SUS, que lhe dá materialidade, têm imposto à sociedade brasileira e aos Poderes Públicos desafios na formulação e execução das políticas de saúde frente a alegada escassez de recursos.

Os estudos sobre judicialização da saúde têm indicado que a busca da tutela do direito à saúde no Poder Judiciário tem sido crescente nas últimas três décadas. A alta intensidade das ações judiciais, em sua maioria individuais, está relacionada a questões de acesso da população à rede de serviços e insumos no SUS. Cidadãos insatisfeitos e não atendidos no SUS buscam as instituições jurídicas para encaminhamento do conflito presente no atendimento de suas demandas de saúde.

Apesar das diferentes compreensões sobre o fenômeno social da judicialização na saúde, há um relativo consenso de que aponta falhas nos canais de interlocução entre a gestão de saúde e os cidadãos-usuários, descompassos entre demanda e oferta de serviços, e deficiências e/ou insuficiências relativas à organização e funcionamento da rede SUS frente às necessidades de saúde.

Na década de 90, as pesquisas indicavam a prevalência de pedidos judiciais de medicamentos. Estudos mais recentes têm apontado a ampliação dessas demandas, e, entre elas, os pedidos de internação hospitalar de urgência e em UTI (1;2;3). A especificidade desse tipo de demanda tem trazido dificuldades adicionais no processo de tomada de decisão dos profissionais jurídicos e sanitários. E, de forma mais contundente, amplia as dificuldades no complexo e difícil processo de tomada de decisão de magistrados e médicos reguladores – autoridade sanitária responsável pelo atendimento das solicitações administrativas e judiciais. Os princípios da integralidade na atenção à saúde e da equidade no acesso vão merecer uma especial ponderação, considerados os conflitos de interesses, de direitos, os bens tutelados e os sujeitos envolvidos.

No plano programático, à vista da insuficiência de recursos na rede de assistência, apontada em diferentes estudos, as ordens judiciais de internação impõem formulação de estratégias governamentais de pactuações entre os entes federativos, e uma atuação cooperativa, efetiva e eficiente. Destaca-se a necessidade de aperfeiçoamento e/ou criação de novos arranjos organizacionais centrados em ações comunicativas mais amplas

que promovam a melhoria dos canais de interlocução entre gestores, profissionais e intersetoriais.

Esta é a problemática que se inscreve este estudo, fruto do resultado parcial de uma pesquisa de doutorado em andamento "Judicialização e o Trabalho dos Médicos Reguladores". O objetivo é compreender o trabalho do médico regulador na central de regulação de internações ou transferências hospitalares no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, buscando identificar as razões aplicadas à regulação diante de uma determinação judicial.

A discussão adiante empreendida é resultado de uma das etapas do projeto referido, que combinou pesquisa bibliográfica e documental sobre três temas: judicialização da saúde, o trabalho médico e a regulação do acesso à assistência. Dessa forma, buscou-se delinear de forma mais precisa o objeto de estudo e o estado da arte da discussão, enfatizando-se a atuação do médico regulador no contexto da judicialização, como autoridade sanitária na central de regulação aos leitos do SUS.

Espera-se nesta etapa contribuir para uma discussão fundamental sobre um tema recente no âmbito da judicialização da saúde, com efeitos éticos, jurídicos, sociais e políticos relevantes para a gestão e as práticas profissionais no âmbito da política de regulação da assistência, que vem ganhando espaço público (institucional e interinstitucional) e midiático ao longo dos últimos anos.

Política de atenção hospitalar e política de regulação da assistência à saúde: a internação hospitalar e o médico regulador

A necessidade de reorganizar e qualificar o componente hospitalar e de estruturar as ações de regulação fizeram com que os gestores do SUS estabelecessem duas políticas importantes para a assistência à saúde no SUS: Política Nacional de Regulação (4) (2008) e Política Nacional de atenção hospitalar (5) (2013).

Essas duas políticas têm por objetivo organizar a assistência à saúde prestada aos usuários de forma contundente aos princípios doutrinários do sistema único de saúde. A atividades de regulação envolvem controle, avaliação, fortalecimento dos instrumentos de gestão, regionalização, hierarquização e a integração das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, ambas políticas fortalecem os princípios da integralidade, da igualdade com equidade no acesso, e as diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização.

O direcionamento de cada uma delas no campo assistencial possui características organizativas próprias. Enquanto a política nacional de regulação visa a responsabilização sanitária das três esferas do governo sobre a regulação do sistema, da atenção e do acesso à assistência; a política nacional de atenção hospitalar visa organizar as instituições hospitalares na rede de atenção à saúde.

A política de atenção hospitalar em âmbito nacional organiza o componente hospitalar na rede de atenção à saúde. Essa política se aplica aos hospitais públicos e privados que prestam ações e serviços à população no sistema público, com densidade tecnológica especifica, o que as tornam instituições complexas. As instituições hospitalares atuam na prestação do serviço ao usuário em condições agudas e crônicas em regime de internação que abrangem desde a prevenção de agravos à reabilitação. A sua organização considera as necessidades da população a fim de garantir o atendimento a partir de uma equipe, que presta cuidado ao usuário de forma horizontalizada, com base em linhas de cuidado e com acesso regulado (5).

As instâncias gestoras deliberam nas comissões intergestoras tripartite e bipartite aspectos determinantes do trabalho do médico na central de regulação, que estabelecem as condições materiais objetivas para atenção hospitalar. Neste ponto, o que se busca é assegurar a equidade no acesso à atenção hospitalar por meio de definições normativas dos critérios para avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos usuários (5).

A política nacional de regulação do SUS, instituída em 2008, é o fundamento normativo básico para regular a assistência hospitalar. Seu objetivo é a implantação em todas as unidades federadas das ações administrativas, organizadas e integradas, em três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (4).

A dimensão da regulação do acesso à assistência é o recorte analítico deste trabalho. O objetivo dessa política é a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e fluxos assistenciais a partir de um complexo regulador com unidades operacionais. Dentre estas unidades operacionais está a central de regulação de internação hospitalar, que abrange a regulação médica exercida na forma de autoridade sanitária, com o propósito de garantir o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização clínicas e assistenciais (4).

No Estado de Minas Gerais a estratégia adotada para garantir a adequada regulação do acesso é o SUSFácil/MG. O SUSFácil/MG é um sistema que reúne informações assistenciais nas centrais de regulação de leitos do SUS através de 13 unidades operacionais distribuídas nas macrorregiões sanitárias de acordo com o plano diretor de regionalização do Estado. Cada unidade hospitalar informa os dados do usuário e os recursos da rede hospitalar a central de leitos. A tomada de decisão fica sob responsabilidade dos médicos reguladores que, com informações qualificadas, em tempo real, direcionam o acesso dos usuários com necessidade de atendimento e conseguem apontar, inclusive, a ocorrência de vazios assistenciais, o tempo de espera para o atendimento, as sobrecargas, entre outros aspectos do funcionamento, uso e fluxo da rede (6).

O SUSFACIL busca fornecer aos médicos reguladores os meios necessários, disponibilizados e pactuados previamente pela gestão, devidamente articulados (recursos humanos, equipamentos, exercício da função, porta de entrada de urgência com hierarquia resolutiva). Esses meios disponíveis são essenciais para a regulação da internação ou transferência hospitalar.

Em sua atividade laboral, os médicos reguladores, por meio de informações clínicas fornecidas pelos médicos assistentes dos usuários, nas respectivas unidades de internação, devem decidir sobre a necessidade de internar, transferir, com base na classificação do pedido de acordo com o risco e disponibilizar o leito necessário para o tratamento quando viável.

Os médicos reguladores devem priorizar os casos com maior gravidade e complexidade assistencial, nos casos que os pedidos de internação extrapolem a oferta de leitos disponíveis, como ocorrem com frequência com os leitos de UTI. Essa priorização é essencial para que o tempo de espera de cada usuário seja adequado a respectiva necessidade na obtenção de um leito para assistência(7).

Entre as competências técnicas exigidas do médico regulador está sua capacidade de "julgar", discernindo o grau de urgência e a prioridade de cada caso de acordo com as informações disponíveis. O objetivo é que sua deliberação dê a melhor resposta possível, efetiva e eficiente, de forma a viabilizar adequadamente o acesso aos recursos disponíveis e adequados para atender as necessidades dos usuários. Para tanto, ao médico regulador é delegada diretamente pela autoridade responsável, a autoridade sanitária de decidir e

acionar os meios encontrados, conforme o caso concreto e as regras estabelecidas nas normas administrativas (8).

As atividades do médico regulador na central envolvem atos e formação técnico-científicos e conhecimentos empíricos de suas experiências profissionais. Mas, igualmente, requer do profissional a adoção de valores e normas morais apreendidos ao longo de sua formação acadêmica, experiência profissional e vivência social para decisão clínica (9). A exigência ética é que o médico regulador assista da melhor forma os usuários do SUS, garantindo o recurso necessário no tempo adequado, orientado por princípios bioéticos clínicos como o da beneficência e justiça, e o dever de evitar os possíveis riscos de dano.

A ordem judicial de internação hospitalar: novos desafios na garantia do direito à saúde

Neste novo cenário de decisão clínica e no contexto da intensa demanda judicial (judicialização da saúde) a atuação do médico regulador não se restringe à deliberação sobre um pedido administrativo baseado na análise clínica de um médico assistente de sua rede, mas também, de ordens judiciais para a internação com base em análises médicas de diferentes origens, e, em geral, não acolhidas pela rede de serviços. Nesse sentido, o médico regulador tem um desafio a mais no seu processo de tomada de decisão e na sua responsabilidade de aplicar uma justa decisão na concessão do leito solicitado.

E importante reiterar que o médico regulador avalia a condição de saúde e a indicação de internação de um usuário a partir das informações do médico-assistente tornando-se está uma segunda avaliação para internação. Esta segunda avaliação está relacionada a uma avaliação dos casos em espera para internação e a tomada de decisão coletiva sobre a prioridade no acesso a um leito disponível. Assim, o trabalho do médico na central de regulação frente aos recursos assistenciais disponíveis, as solicitações de internação em caráter administrativo e as de ordem judicial requerem uma tomada de decisão em um universo de sujeitos que precisam de atenção oportuna e pública, respeitada a autonomia profissional da indicação dos médicos envolvidos e a difícil alocação do recurso assistencial solicitado no tempo adequado, sem perder de vista os custos financeiros e consequências para a gestão.

De fato, a medicina é um campo da ciência da saúde que ao longo da história se constituiu de acordo com a estrutura dos Estados Nacionais voltados ao capitalismo. A categoria médica representa um saber que é legitimado no campo da ciência, valorizado

socialmente e está de acordo com uma moral de conduta ética do desempenho pessoal no exercício íntegro da profissão (10).

A regulação médica do acesso a assistência no SUS envolve uma tecnologia assistencial relacionada a troca de saberes e práticas entre os médicos assistentes e os médicos reguladores. Exige conciliar necessidades individuais e coletivas, os protocolos, as classificações de risco e demais critérios de priorização institucionalizados, e, a princípio, a ordem judicial não deveria conferir de per si o acesso prioritário ao leito, mas sim à apreciação do médico regulador em conformidade com a análise clínica sobre as necessidades e condições dos usuários-reivindicantes.

As ordens judiciais frente ao trabalho do médico regulador agrupam indagações éticas, relativas de como este profissional busca validar e legitimar o cumprimento desse tipo de ordem e as situações práticas conflituosas a priori que essa “ordem judicial” traz. Como já referido, o médico-regulador deve se ater as regras institucionalizadas nas pactuações intergestoras e, também, é o responsável pela mediação entre as unidades assistenciais na concretização do acesso ao leito hospitalar.

A mediação das tensões estabelecidas pela ordem judicial na internação ou transferência hospitalar pode ser ponderada em uma perspectiva institucional e programática, nos princípios da integralidade e da equidade. A integralidade propõe a realização de valores como de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde (11) e se torna um desafio relacionado ao saber-fazer de modo a responder as necessidades individuais e coletivas para a internação hospitalar.

A integralidade da assistência é entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde, articulado e contínuo, preventivo e curativo, em cada caso, de acordo com o nível de complexidade do sistema (12). Desse modo, um princípio que traz desafios vinculados ao conhecimento técnico-científico, recursos tecnológicos e a valores éticos aplicados à atenção à saúde e, sobretudo, aspectos comunicacionais nas relações intersubjetivas estabelecidas no processo de decisão clínica (11).

Este princípio permite articular outros valores, como a igualdade, que traz como regra o direito de cada usuário ter garantindo no sistema de saúde bens e serviços para atender suas necessidades de saúde. Articula também a concepção de justiça que leva em conta a diferença entre os usuários e as necessidades diversas, os juízos de valor contidos nos

instrumentos de justiça e operacionalizados em duas dimensões nos serviços de saúde: condição de saúde e de acesso, concretizando a equidade (13).

Neste ponto, ressalta-se os desafios no processo de tomada de decisão médica no âmbito de um sistema regulado e tensionado por demandas e ordens judiciais sobre qual seria a conduta técnica e ética adequada do médico regulador frente a uma ordem judicial para internação ou transferência hospitalar?

A judicialização da saúde é um fenômeno que tem ganhado espaço ao longo dos últimos anos nas discussões sobre as políticas públicas do sistema único de saúde. O fenômeno envolve demandas assistenciais por atendimento público aos usuários que previamente obtiveram negativa de algum órgão gestor ou unidade do sistema público. Expressa, portanto, reivindicações de cidadãos em face dos Executivos de Saúde e a tensão relativa à legitimidade da instituição judiciária na garantia do direito à saúde a partir da base legal estabelecida (14). Atualmente, este tema ganhou tal importância que têm promovido discussões institucionais e interinstitucionais a fim de melhorar as respostas às demandas ou até mesmo diminuí-las no que tange ao entendimento do que seria um excesso ao pedido judicial (15).

As internações judiciais para atendimento a um usuário do SUS tem sido uma demanda recente no sistema. Em um estudo realizado no município de Juiz de Fora/MG, campo de atuação deste estudo, Nunes (3) (2016), Diniz et al (2) (2014) e Gomes (16) (2014) identificaram que esta área obteve a maior frequência de demanda por assistência à saúde quando comparada a área de medicamentos. Este cenário já é diferente de outros estudos sobre a judicialização que encontraram as maiores demandas em medicamentos (1;14).

As demandas na área de medicamentos e internação hospitalares, quando comparadas, impõem uma tomada de decisão diferente. Para o campo dos medicamentos a finalidade está em dispor ou não os medicamentos pedidos na ordem judicial. Já na internação hospitalar há um tipo de escassez de recursos disponíveis que exige alocar um leito - nem sempre existente para aquisição - de forma imediata frente a demandas e necessidades a serem avaliadas. Os elementos em jogo e potenciais fontes de conflitos jurídicos e administrativos relacionados à tomada de decisão dos médicos reguladores e as ordens judiciais de internações ou transferências hospitalares são expressos no estudo de Oliveira (2014) que destaca a fala de um dos entrevistados:“devido à demora no

atendimento e sempre a mesma resposta que não tinha leito e não tinha vaga. [...] A partir do momento em que todos os hospitais negaram ajuda, que o SUS não tinha e nem oferecia recursos para transferências" (1).

Observa-se dois momentos nas demandas sobre internação ou transferência hospitalar: uma legitima do usuário que necessita de assistência. No outro, a decisão, em um segundo momento, de um médico regulador sobre qual usuário atender de forma espontânea. Afinal, o usuário com ordem judicial deve ter preferência no acesso ao leito? Existe para internação hospitalar sob ordem judicial a vivencia em sua rotina de conflitos cotidianos como: O que deve ser feito para autorizar a internação de pacientes na central diante dos pedidos administrativos e judiciais? A atividade deste médico frente à ordem judicial mobiliza valores subjetivos e de uma equipe de trabalho na central atentos às regras e normas institucionais assim como a competência profissional técnica adquirida.

Considerações finais

A judicialização da saúde, ao garantir por meio de uma ordem judicial o direito ao acesso a determinado insumo ou serviço de saúde no sistema público, traz para o cotidiano do trabalho médico novas premissas que devem integrar a tomada de decisão no estabelecimento de prioridade de todos os usuários, com ou sem ordem judicial, que buscam acesso a um leito hospitalar.

Para este acesso existem normas e legislações estabelecidas que estão na rotina do trabalho médico na central de regulação de leitos para internação hospitalar. De fato, há uma moral dependente do ato técnico na tomada de decisão para atendimento a uma ordem judicial na central de regulação.

É importante encontrar uma deliberação racional para a decisão tomada de forma argumentada e intersubjetiva com valores sociais, morais e técnicos. O trabalho na central de regulação relaciona a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso à assistência de todos os usuários requerentes a internação hospitalar, mas também deve relacionar os médicos como sujeitos investidos nestas relações sociais do setor da saúde. Assim, é necessário neste cenário de evidentes solicitações de acesso pela via judicial, apreender o cotidiano do trabalho médico na regulação do acesso aos usuários do SUS na internação hospitalar.

Contribuições dos autores: Os autores se responsabilizaram igualmente pela concepção ou pela análise, pela interpretação dos dados, redação do artigo.

Referências

1. OLIVEIRA, Renan Guimarães de. Judicialização do Direito a Saúde Pública no Municipio de Leopoldina-MG: Um Estudo de Caso / Renan Guimarães de Oliveira. Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora, 2014.

2. DINIZ, Debora, Machado, Teresa Robichez de Carvalho, & Penalva, Janaina. (2014). A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2), 591-598.

3. NUNES, Rogério Pinheiro. Judicialização no âmbito do sistema único de saúde: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública do municipio de Juiz de Fora. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.559/GM, de 01 de agosto de 2008. Institui a politica Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasilia: Diário Oficial da União, de 02 ago. 2008, seção I, pg 37. 2008.

5. BRASIL. Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasilia, 2013.

6. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. A agenda da saúde pública em Minas Gerais; Escola de Saúde pública de Minas Gerais; Bruno Reis de Oliveira (org.); José Geraldo de Oliveira Prado (org.); Tiago Lucas da Cunha Silva (org.). – Belo Horizonte: ESP-MG, 2014.

7. EVANGELISTA, Patrícia Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GUERRA, Henrique Leonardo. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 767-776, abr. 2008.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002.

9. SCHRAIBER, Lilia B.. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 57-64, mar. 1995.

10. SCHRAIBER, L.B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

11. AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009, p. 11-23.

12. NORONHA, J.C.; LIMA, D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde: SUS. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 435-472, 2009.

13. ESCOREL, Sarah. Equidade em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. FIOCRUZ / Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

14. VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

15. ALMG. Assembléia Legistativa de Minas Gerais. Custo da Judicialização da Saúde afeta atenção básica em MG. Noticias. Belo Horizonte-MG: 2017. Disponivel em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/06/07_saude_judicializacao.html. Acesso em: 08/06/2017.

16. GOMES, Fernanda de Freitas Castro et al . Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 1, p. 31-43, Jan. 2014.