

Volume: 6
Número: 03

julho a setembro

2017



Cadernos Ibero-Americanos
de Direito Sanitário

Cuadernos Iberoamericanos
de Derecho Sanitario



Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário

EXPEDIENTE

Volume 6, número 3, jul./set. 2017

A revista **CIADS – Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário** é uma publicação trilingue (português, espanhol e inglês), trimestral, de acesso livre, do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, dirigida a professores, pesquisadores e estudantes de Direito, de Ciências da Saúde e de Ciências Sociais; operadores do Direito; profissionais de saúde e gestores de serviços e sistemas de saúde. Seu objetivo é difundir e estimular o desenvolvimento do Direito Sanitário na região ibero-americana, promovendo o debate dos grandes temas e dos principais desafios do Direito Sanitário contemporâneo.

Editora Científica

Maria Célia Delduque Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Editora Executiva

Cássia Pereira das Chagas Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Conselho Editorial Científico

André Gonçalo Dias Pereira	Universidade de Coimbra
Angel Pelayo Gonzáles-Torre	Universidad Internacional Menéndez Pelayo
Giancarlo Corsi	Università Degli Studi Di Modena e Reggio Emilia
Hernando Torres Corredor	Universidad Nacional de Colombia
Joaquín Cayon de las Cuevas	Universidad de Cantabria
Jorge Tomillo Urbina	Universidad de Cantabria
Jose Geraldo de Sousa Junior	Universidade de Brasília
Lenir Santos	Instituto de Direito Sanitario Aplicado - Idisa
Márcio Nunes Iorio Aranha Oliveira	Universidade de Brasília
Miriam Ventura da Silva	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Paula Lobato de Faria	Universidade Nova de Lisboa

**Pareceristas Ad Hoc**

Adail Afrânio Marcelino do Nascimento	Faculdade da Grande Fortaleza
José Agenor Alvares da Silva	Fundação Oswaldo Cruz em Brasília
Agustín Carignani	Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba
Alethele de Oliveira Santos	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Ángela Ruiz Sáenz	Universidad de Cantabria
Angélica Carlini	Universidade Paulista
Armando Martinho Bardou Raggio	Fundação Oswaldo Cruz em Brasília
Caristina Robaina Aguirre	Universidad de Havana
Claudia Viviana Madies	Universidad Isalud
Clenio Jair Schulze	Tribunal Regional Federal
Daniel Pérez González	Universidad de Cantabria
Daniel Pitanguiera de Avelino	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Diana del Pilar Colorado Acevedo	Universidad Nacional de Colombia
Edith Maria Barbosa Ramos	Universidade Federal do Maranhão
Fábio de Barros Correia Gomes	Câmara dos Deputados
Fábio Ferreira Mazza	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Fernanda Vargas Terrazas	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Fernando Rovira Villademoros	Universidad Nacional de Uruguay
Geraldo Lucchese	Câmara dos Deputados
Guillermina Navarro Caballero	Universidad de Cantabria
Gustavo Merino Gómez	Universidad de Cantabria
Inmaculada Vival Tesón	Universidad de Sevilla
Ivaldo Trigueiro	Universidade Federal da Bahia
Janaína Machado Sturza	Universita Degli Studi Di Roma La Sapienza
Jarbas Ricardo Almeida Cunha	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
José Francisco Nogueira Paranaguá	Fundação Oswaldo Cruz em Brasília
Krishina Day Ribeiro	Universidade Federal do Pará
Leonardo Di Colli	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Letícia Canut	Centro Universitário Estácio de Sá de Santa Catarina
Maria João Estorninho	Universidade Nova de Lisboa
Maria Olga Sánchez Martínez	Universidad de Cantabria
Martinho Braga Batista e Silva	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Mercia Pandolfo Provin	Universidade Federal de Goiás
Muna Muhammad Odeh	Universidade de Brasília
Natan Monsores	Universidade de Brasília
Raúl Pesquera Cabezas	Ministério de la Salud de Cantabria
Renata Barbosa de Almeida	Fundação Comunitária de Ensino Superior de Itabira



Renata Curi Hauegen	Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro
Roberta de Freitas Campos	Fundação Oswaldo Cruz em Brasília
Rodrigo Garcia Schwarz	Universidade do Oeste de Santa Catarina
Rossana Maria Souto Maior Serrano	Universidade de Brasília
Sandra Mara Campos Alves	Fundação Oswaldo Cruz em Brasília
Sandra Regina Martini	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Sephora Luyza Marchesini Stival	Universidade de Coimbra
Silvia Badim Marques	Universidade de Brasília - Campus Ceilândia
Victor Hugo de Almeida	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Vitor Laerte Pinto Junior	Universidade Nova de Lisboa
Viviana Gaciela Perracini	Universidad de Cordoba
Yara Oyam Ramos Lima	Universidade Federal da Bahia

Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2017. 6(3):1-255



Sumário

9-10

Editorial

Artigos

Articles

11-29

O direito à privacidade das informações pessoais no instrumento de captação do atendimento ambulatorial e autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC)

The right to privacy of personal information in the inpatient/outpatient care forms and the authorization form for outpatient procedures (APAC)

El derecho a la privacidad y la información personal en el formulario de informaciones ambulatorias e autorización de procedimientos ambulatorios (APAC)

Luanna Silva da Costa

30-47

A reivindicação do direito à saúde pelas Organizações Não Governamentais do Distrito Federal: garantia de direito social ou assistencialismo?

The “right to health” claim from the Federal District Non-Governmental Organizations: enforcing social rights or paternalism?

¿La reivindicación del derecho a la salud por las Organizaciones No Gubernamentales del Distrito Federal: hacer cumplir los derechos sociales o paternalismo?

Regina Aparecida da Cruz

48-64

As responsabilidades dos entes federados contratualizadas no âmbito de uma região de saúde

Responsibilities of federated entities contracted within a health region

Las responsabilidades de las entidades federadas contratadas en una región de salud

Rommer Fabiano Mont-Morency Rosado Vieira

65-89

O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais

The right to health in Brazil: from the 1988 democratization to the neoliberalism of exception of the present times

El derecho a la salud en Brasil: de la redemocratización constitucional al neoliberalismo de excepción de los tiempos actuales

Jarbas Ricardo Almeida Cunha



- 90-100 **Atuação e competência do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF**
Performance and competence of the Santo Antônio do Descoberto Municipal Health Council, DF
Actuación y competencia del Consejo Municipal de Salud Santo Antônio do Descoberto, DF
Rosimary Bernardes Silva
- 101-117 **Do acidente médico à responsabilidade civil médica no ordenamento jurídico da República Popular da China**
From medical malpractices to medical civil liability in the legal system of the People's Republic of China
De los errores médicos a la responsabilidad civil médica en el ordenamiento jurídico de la República Popular de China
Man Teng long
- 118-128 **Uso de drogas ilícitas na prática do homicídio**
The use of illicit drugs in the practice of homicide
Uso de drogas ilícitas en la práctica del homicidio
Clarysse do Carmo Lima, Renan Pereira de Lima, Arlandia Cristina Lima Nobre
- 129-143 **Estratégia saúde da família: iniciativa pública destinada a populações vulneráveis para garantia do direito à saúde - uma revisão crítica da literatura**
Family Health strategy: a public initiative aimed at materializing the right to health among vulnerable populations - a critical bibliographic review
Estrategia de salud de la familia: una iniciativa pública dirigida a garantizar el derecho a la salud de las poblaciones vulnerables – una revisión crítica de la literatura
Samira Janis Eugenio, Carla Aparecida Arena Ventura
- 144-160 **Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre Brasil e Cuba: uma revisão integrativa**
Comparative analysis of pharmaceutical assistance policies between Brazil and Cuba: an integrative review
Análisis comparativo de las políticas de asistencia farmacéutica entre Brasil y Cuba: una revisión integrativa
Sheyla Velasques Paladini, Cristianne Maria Famer Rocha, Leticia



- 161-176 **Possibilidades e limites das práticas de monitoramento e avaliação em municípios acima de 50 mil habitantes**
Possibilities and limits of monitoring practices and evaluation management in municipalities above 50 thousand inhabitants
Posibilidades y límites de las prácticas de monitoreo y evaluación en las ciudades más de 50000 habitantes
Andre Luis BonifácioCarvalho, Helena Eri Shimizu, Maria de Fatima Sousa
- 177-197 **Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová**
Paradoxical relationship of life versus death and blood transfusion in Jehovah's Witnesses
Paradoxal relación de la vida versus muerte y la transfusión de sangre en los Testigos de Jehová
Thaiana Cirqueira Gonçalves
- 198-211 **Discricionariade administrativa e eutanásia animal em unidade de vigilância de zoonoses: um estudo de caso**
Administrative discretion and animal euthanasia in zoonoses surveillance units: a case study
Discricionariade administrativa e eutanásia animal en unidades de vigilancia de zoonosis: un estudio de caso
Camila da Silva, André Freccia, Mauro Maciel de Arruda
- 212-231 **Indenizações que envolvem o parto à luz do entendimento do Superior Tribunal de Justiça - STJ**
Indemnities involving childbirth birth of the Superior Tribunal de Justiça-STJ 's understanding
Indemnizaciones que implican el parto a la luz del entendimiento del Superior Tribunal de Justiça-STJ
Thaísa Mara Leal Cintra Rodrigues, Altacilio Aparecido Nunes
- 232-251 **Segurança do paciente cirúrgico e direitos humanos dos pacientes**
Surgical patient safety and patients human rights
Seguridad del paciente quirúrgico e derechos humanos de los pacientes
Ana Caroline Leoncio Romano, Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira



Resenha

Review

252-255

Eutanásia e Seguro de Vida: análise do Direito à Percepção da Indenização

Euthanasia and Life Insurance: Analysis of the entitlement to be indemnified

Luciana Gonzaga de Oliveira



EDITORIAL

O Direito Sanitário é um ramo da Ciência Jurídica que protege a saúde das pessoas. É através de uma grande gama de normas jurídicas que esta área do direito atua visando eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde bem como controlar problemas sanitários decorrentes do meio ambiente. A discussão deste novo direito, com íntima relação com a saúde coletiva, abarca ainda temas relacionados a área da bioética, da gestão e das políticas públicas.

O terceiro fascículo do volume seis da Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, amplia o debate desta Ciência Jurídica em quinze estudos que de múltiplos campos jurídicos sanitários.

O artigo inaugural, apresentado por Luanna Costa, discute o direito à privacidade dos cidadãos a partir da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), considerada como uma importante ferramenta de gestão e planejamento em saúde.

Sobre a atuação das organizações não governamentais no Distrito Federal, Regina Cruz analisa quais os propósitos e funções dessas instituições na garantia do direito à saúde na Capital Federal brasileira.

Relacionados a gestão, Rommer Vieira aborda o Contrato Organizativo de Ação Pública aliado a responsabilidade dos entes federados e a regionalização cooperativa.

Jarbas Cunha, ao fazer um delineamento histórico da saúde no Brasil, traz em seu estudo, retrocessos e avanços no Sistema Único de Saúde proposto constitucionalmente.

A democracia e a participação popular nas políticas públicas de saúde são retratadas no estudo local Rosymari Silva, que estrutura e analisa a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto-GO.

Na área de estudos internacionais, Sheyla Paladini, Cristianne Rocha e Leticia Correio fazem uma análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica em dois sistemas de saúde universais muito conhecidos: Brasil e Cuba. Na República Democrática da China, Man Tang Long, busca elucidar a responsabilidade civil médica à luz da Lei de Responsabilidade Civil chinesa.



Abordando um tema atual no Brasil, Clarysse et al. analisa a prevalência da exposição da violência doméstica comunitária associada a exposição a drogas ilícitas e envolvimento com o crime a partir de prontuários médicos de condenados brasileiros.

Na área de políticas públicas, avanços na saúde da população a partir da Estratégia da Saúde da Família, foi tema de pesquisa do artigo de Samira Eugenio e Carla Ventura.

A partir da percepção de dirigentes sobre as práticas de monitoramento e avaliação das ações do executivo municipal, André Carvalho, Helena Shimizu e Maria de Fátima Souza, aprofundam ainda mais este importante tema indispensável para a gestão da saúde.

No campo da Bioética, este número da CIADS aborda o conflito de princípios nas transfusões de sangue em testemunhos de jeová bem como a segurança do paciente em estudo publicados por Thaiana Gonçalves e Ana Caroline Romano respectivamente.

Sobre a eutanásia animal, Camila da Silva, André Freccia e Mauro Arruda, apresentam nesta edição um estudo de caso sobre o tema na cidade de Belo Horizonte.

Sobre a Judicialização da Saúde, a indenização no parto foi objeto de estudo do artigo de Thaísa Amaral, que buscou mapear o entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre o tema.

Encerrando o presente número, a Eutanásia aliada a contratualização nos seguros de vida, foi tema da resenha de Luciana Oliveira.

Ivan Pricken de Bem

Pesquisador e Docente de Direito Sanitário da Fiocruz - Brasília



O direito à privacidade das informações pessoais no instrumento de captação do atendimento ambulatorial e autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC)

The right to privacy of personal information in the inpatient/outpatient care forms and the authorization form for outpatient procedures (APAC)

El derecho a la privacidad y la información personal en el formulario de informaciones ambulatorias e autorización de procedimientos ambulatorios (APAC)

Luanna Silva da Costa¹

Resumo: Objetivo - O presente artigo aborda o teor das informações pessoais contidas na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), para elucidar se estas informações pessoais ferem o direito à privacidade dos cidadãos. **Metodologia** - realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por intermédio da utilização dos descritores: sistema de informação, informação, saúde, banco de dados, direito à privacidade, privacidade, vida privada, intimidade e sigilo. Não houve determinação de um período específico para o levantamento de estudos. Adicionalmente, buscou-se à luz da Lei de Acesso à Informação, a interpretação para estes questionamentos. **Resultados** - As informações pessoais, como parte das informações referentes aos atendimentos informados na APAC, proporcionam ao Estado o conhecimento do perfil epidemiológico da população e em contrapartida, a avaliação deste para a implementação de novas políticas de saúde pública que correspondam a demanda da população. **Conclusão** - Não há ferimento ao direito à privacidade os dados coletados no âmbito da APAC.

Palavras-chave: Privacidade. Serviços de Informação. Acesso à informação.

Abstract: Objective - This article addresses the content of personal information contained in the authorization form for outpatient procedures (APAC) to shed light on whether the personal information contained in the form harms the citizens' right to privacy. **Methods** - A bibliographic review was carried out in the SciELO and Virtual Health Library (VHL) databases by applying the descriptors: information system, information, health, database, right to privacy, privacy, intimacy and secrecy. No specific time criteria were established when consulting the databases. Furthermore, the Access to Information Act served as the main parameter for analyzing the data. **Results** - Being part of the information related to the consultations reported in the APAC, personal information allows the State to compile knowledge about the epidemiological profile of the population. As a result, the evaluation of the epidemiological profile fosters the implementation of new public health policies that fulfill the citizen's expectations. **Conclusion** - There is no harm to the right of privacy related to the data collected under the APAC.

Keywords: Privacy. Information Services. Access to information.

¹ Consultora técnica do Ministério da Saúde. Graduada em Nutrição pela Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: luanna.costa@saude.gov.br



Resumen: Objetivo - El presente artículo aborda el contenido de la información personal presente en la Autorización de Procedimientos Ambulatorios (APAC), para aclarar si la liberación de información personal perjudica el derecho a la privacidad de los ciudadanos.

Metodología - se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos, SciELO y Biblioteca Virtual en Salud (BVS) por intermedio de la utilización de los descriptores: sistema de información, información, salud, base de datos, derecho a la privacidad, privacidad, privacidad, intimidad y confidencialidad. No se establecieron criterios de tiempo específicos al consultar las bases de datos. Además, la Ley de Acceso a la Información sirvió como parámetro principal para analizar los datos. **Resultados** - Las informaciones personales, como parte de las informaciones referentes a las atenciones informadas en la APAC, proporcionan al Estado el conocimiento del perfil epidemiológico de la población y en contrapartida, la evaluación de éste para la implementación de nuevas políticas de salud pública que correspondan a la demanda de la población. **Conclusión** - No hay daño al derecho a la privacidad desde los datos recogidos en el ámbito de la APAC.

Palabras-clave: Privacidad. Servicios de Información. Acceso a la información.

Introdução

Com o advento da Lei de Acesso à Informação, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.583, de 19 de julho de 2012, o Brasil vivenciou um marco em sua história, trazendo ao Estado a regulamentação do exercício da transparência e aos cidadãos brasileiros o exercício legal do controle social. Esta normatização reporta não apenas os procedimentos legais para o acesso à informação, mas também entra na questão dos dados pessoais contidos nos Sistemas de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O direito à privacidade, associado à temática dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS, voltam à discussão.

Para adentrar ao tema, este artigo foca no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), a denominada Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), uma vez que o SIA detém em seu banco de dados, informações dos usuários do SUS que estão em tratamentos ambulatorial de alta complexidade no SUS, informações essas não apenas de caráter pessoal, mas também dados clínicos das doenças em tratamento.

Dessa maneira, o trabalho teve por objetivo avaliar o teor dos dados pessoais contidos no SIA, em seu aplicativo de captação APAC, bem como elucidar a seguinte questão: os dados pessoais contidos nesse sistema ferem o direito à privacidade? Agregada a esta discussão foi discutida a Portaria GM/MS nº 1.583, de 19 de julho de 2012 que versa sobre a Lei de Acesso à Informação, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).



Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando como descritores: sistema de informação, informação, saúde, banco de dados, direito à privacidade, privacidade, vida privada, intimidade e sigilo, nos idiomas português e inglês.

O período da pesquisa contemplou os meses de outubro e novembro do ano de 2012. Não foram estabelecidos períodos específicos de publicação nem restrição quanto ao delineamento do estudo.

Foram selecionados artigos originais em português e inglês. Em acréscimo a revisão bibliográfica realizada, foi efetuada uma pesquisa documental no aplicativo de captação do atendimento ambulatorial da APAC do qual foram levantados os manuais operacionais vigentes deste e do SIA e também foram levantadas todas as normas jurídicas vigentes que tratam dos temas: direito à vida, direito à saúde, direito à privacidade, proteção de dados pessoais e acesso à informação entre os meses de outubro e novembro de 2012.

Resultados

O termo informação é oriundo do latim, *informatione* e significa dentre as diversas acepções apresentadas, o ato ou efeito de informar, ou a transmissão de notícias, ou a instrução, ensinamento, ou ainda a transmissão de conhecimento (1). Carvalho compreende que informação é “o significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações”, e que “toda informação, portanto, deve gerar uma decisão, que, por sua vez, desencadear uma ação” (2).

Moreno *et al.* afirmam que na temática da informática, o termo informação pode ser traduzido como mensagem passível de ser tratada pelos meios informáticos; conteúdo dessa mensagem; interpretação ou significado dos dados; e, ainda, produto do processamento de dados” (3).

Thaines *et al.* (4) distinguem dado de informação, conceituando que o primeiro trata-se de uma sequência de símbolos quantificados ou quantificáveis, expresso em forma numérica e que não exprimem uma determinada realidade. Para que o dado tenha sentido de fato e expresse algo, torna-se necessário a interpretação e a análise do mesmo (4). O segundo termo é caracterizado por uma descrição mais ampliada baseada em um referencial explicativo (4). Para efeitos deste estudo, será utilizado o conceito de



informação “dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato” (5).

Informação em saúde

A informação em saúde deve ser entendida como “um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o SUS” (2). Nesta perspectiva, a informação em saúde tem como objetivo a identificação de problemas, sejam estes individuais ou coletivos, no aspecto sanitário de uma população, de modo a proporcionar elementos para análise da situação encontrada, subsidiar o planejamento em saúde e a busca de possíveis alternativas de encaminhamento (6).

Na área da saúde, a informação é de suma importância, uma vez que subsidia a gestão e o aprimoramento de políticas de saúde. A informatização das informações e atividades do SUS é uma questão estratégica e essencial às políticas de descentralização da saúde, uma vez que, torna possível o planejamento e o controle em relação às políticas de saúde pública (7).

Sistema de informação em saúde do SUS

Segundo Rezende (8): “Todo sistema, utilizando ou não recursos da tecnologia da informação, que manipula e gera informação, pode ser genericamente considerado sistema de informação”.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é componente dos sistemas de saúde, desta forma, integra suas estruturas organizacionais e contribui para sua missão. É composto por diversos subsistemas, com o desígnio a facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, auxiliando o processo de tomada de decisões. Desta forma, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações (9).

Dentre os principais sistemas de informação em saúde do SUS, relacionados à área de atenção à saúde destacam-se: o Cartão Nacional de Saúde (CNS), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Hospitalares



(SIH/SUS), o SIA/SUS, a Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (CIHA) e a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

Banco de dados de informação em saúde do Ministério da Saúde ou do SUS

Os bancos de dados detêm os registros de informações, que é uma técnica de ampliação da memória humana, uma vez que coleta e armazena em banco de dados um conjunto de informações (10).

Na perspectiva de banco de dados de informação em saúde, compreende-se que este é o conjunto de dados armazenados com algum significado atribuído no setor saúde.

Os sistemas de informações em saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, uma vez utilizados, requerem a prática de envio periódico das bases de dados locais, por parte de gestores estaduais e municipais. Posteriormente ao ato de envio ou exportação do banco de dados, ocorre o processamento dos mesmos. O nível federal armazena este conjunto de dados em banco de dados, com informações em saúde de todos os entes federativos do País e tem por prática, após esta etapa, a disseminação das informações em saúde (com exceção de informações pessoais, consideradas sigilosas, dos usuários e profissionais de saúde) às áreas técnicas do Ministério da Saúde e também ao público em geral, através de ferramentas de tabulação de informações em saúde, desenvolvidos pelo DATASUS, tais como: *Tabnet*, *Tabwin* e MS BBS.

A ampla disseminação da informação possibilitou aos usuários o acesso aos bancos de dados completos, ou seja, atualmente é possível utilizar o conjunto de variáveis dos sistemas, bem como em diversos níveis de agregação (municipal, regional e estadual). Esse conjunto de fatores, juntamente com a descentralização dos serviços de saúde, ampliou o número de usuários e a utilização da informação, o que permitiu a identificação de novos problemas nas bases de dados, levando a incorporação de novas críticas de dados nos sistemas, contribuindo para a melhoria da qualidade da informação (11).

Sistema de informação ambulatorial (SIA)

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é o sistema de informação em saúde que permite aos estabelecimentos de saúde prestadores do SUS, previamente cadastrados no CNES, informarem suas produções ambulatoriais através dos aplicativos



de captação do atendimento: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) – consolidado e individualizado – e APAC.

A implantação do SIA ocorreu pelo MS no ano de 1995 em território nacional, com o objetivo de registrar os atendimentos e tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. O processamento do SIA é descentralizado, ou seja, cabe aos gestores estaduais e municipais, o ato de cadastramento, programação e processamento das produções dos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2009a).

Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC)

Entende-se por APAC, “o aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local para sua execução pelo estabelecimento de saúde prestador do SUS”. Neste aplicativo de captação do atendimento é digitada a maioria dos procedimentos da alta complexidade (AC) e alguns da média complexidade (MC) (12).

Dentre as principais características, a APAC diferencia-se dos demais aplicativos de captação do atendimento ambulatorial, por exigir a autorização prévia do gestor para a realização dos procedimentos registrados. Para tal ato, utiliza-se frequentemente o termo “Número de APAC”. Esta numeração é emitida pelo gestor de saúde, e é o mesmo quem gerencia a emissão destes números e os informa aos estabelecimentos de saúde as numerações correspondentes a cada autorização de tratamento (12).

Identificação de usuários na APAC

No ato do preenchimento de uma APAC, faz-se necessário o cumprimento de algumas etapas, com o preenchimento de: dados básicos de identificação da autorização, dados do estabelecimento de saúde solicitante e executante dos procedimentos, e dados para identificação do usuário em tratamento. Destaca-se que o efetivo preenchimento destas informações é necessário, uma vez que este sistema considera de preenchimento obrigatório, vários dos atributos que compõem cada um destes grupos.



De acordo com o Manual Operacional da APAC, as regras para preenchimento dos campos referente a "Identificação do Usuário", bem como suas definições são:

- Nacionalidade: é um campo de preenchimento obrigatório. Indica a nacionalidade do usuário do SUS.

- N° de Prontuário: é um campo de preenchimento opcional. Indica o número do prontuário ou identificação do usuário no estabelecimento de saúde.

- Cartão Nacional de Saúde (CNS): é um campo de preenchimento obrigatório. Corresponde ao número de identificação do usuário no Sistema de CNS.

- Nome: é um campo de preenchimento obrigatório. Corresponde ao nome do usuário do SUS em tratamento.

- Nome da Mãe: é um campo de preenchimento obrigatório. Corresponde ao nome da mãe do usuário do SUS em tratamento.

- Nome do Res: é um campo de preenchimento obrigatório. Corresponde ao nome do responsável pelo usuário do SUS em tratamento. Pode ser o nome do próprio usuário, se maior de 18 anos, o nome da mãe, ou nome de outro responsável legalmente estabelecido.

- Endereço: é um campo de preenchimento obrigatório. Indica o endereço do usuário do SUS em tratamento.

- Número: é um campo de preenchimento obrigatório. Indica o número da residência do usuário do SUS em tratamento.

- Complemento: é um campo de preenchimento opcional. Deve ser preenchido nos casos em que houver algum complemento (informações adicionais) de endereço.

- CEP: é um campo de preenchimento obrigatório. Deve ser preenchido em consonância com o endereço informado.

- Município: é um campo de preenchimento obrigatório. Indica o município de residência do usuário do SUS em tratamento.

- Data de Nascimento: é um campo de preenchimento obrigatório. Corresponde a data de nascimento do usuário, que será calculado para inferir sua idade da data do atendimento.

- Sexo: é um campo de preenchimento obrigatório. Indica o sexo do usuário do SUS em tratamento.



- Raça: é um campo de preenchimento obrigatório. Indica a raça/cor do usuário, segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- Etnia: é um campo de preenchimento obrigatório somente se o usuário tiver indicado a raça: indígena. Correspondem as 264 etnias indígenas brasileiras, segundo a classificação da Fundação Nacional do Índio (12).

Cabe ressaltar que todos os dados solicitados para digitação no sistema estão contemplados no formulário de Laudo/Autorização de APAC (comum a todos os procedimentos), sob a denominação "Identificação do paciente", ao qual representa um conjunto informações imprescindíveis para a correta identificação de um determinado usuário/ paciente do SUS na APAC. Os formulários de dados complementares são utilizados de acordo com a especificidade de alguns tratamentos informados na APAC.

Em complementação aos dados de identificação do usuário, temos ainda o conjunto de informações compostas por: código do procedimento, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), quantidade, equipe, serviço, classificação, Classificação Internacional de Doenças (CID) principal, CID secundário, Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) /Fornecedor, número de nota fiscal, motivo de saída e data da alta/óbito/transferência/mudança de procedimento, comuns a todos os procedimentos informados.

Com relação aos dados complementares, a APAC exigirá o preenchimento da tela de dados complementares, desde que o procedimento principal de APAC estiver cadastrado no SIGTAP com o atributo complementar: 022 - Exige registro na APAC de dados complementares. Uma vez apresentada, o conjunto de informações a serem preenchidos são: CID principal, CID secundário e causas associadas relacionadas ao procedimento principal. A obrigatoriedade dos CID está condicionada às regras estabelecidas em cada procedimento no SIGTAP (12). Em acréscimo a estas informações e dependente do tipo de procedimento principal informado será habilitado para preenchimento outras telas para preenchimento de dados complementares específicas por grupos de procedimentos na APAC.

O direito à privacidade e a proteção da informação pessoal

Historicamente, observa-se que o ser humano apresenta um desejo inato e inesgotável por estar isolado. Nesta conjectura percebe-se que a primeira concepção de



privacidade aparece vinculada ao “direito de estar só”, pela tentativa de resguardar a sua intimidade, afastando-se do conhecimento público seus assuntos privados, de manter a sua vida nos aspectos íntimos em sigilo. Este fato que surgiu com o advento das revoluções burguesas reafirmado por um Estado oitocentista. Observa-se que o desenvolvimento da privacidade na sociedade advém do século XIX, onde ocorreu uma crescente valorização do indivíduo perante a vida pública e ao Estado (13).

Annas (14) define privacidade como "o reino em que um ator pode legitimamente agir sem divulgação ou prestação de contas a outros [...] uma licença social que isenta uma categoria de atos públicos do controle governamental".

A Constituição Federal (CF) trata em seu artigo 5º, inciso X, do fundamento direto do direito à privacidade: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (15).

A privacidade é reconhecida perante o direito brasileiro com um dos direitos da personalidade. Os direitos da personalidade são direitos atribuídos à pessoa humana com previsão no Código Civil Brasileiro, do artigo 11 ao 21. Os direitos da personalidade são distribuídos em duas categorias, os adquiridos e os inatos. O Código Civil Brasileiro prevê em seu artigo 11 que "os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária" (16). São considerados intransmissíveis, porque o indivíduo goza de suas características, sendo inválida toda tentativa de transferência a outrem, seja por ato gratuito ou oneroso. E irrenunciáveis, porque estão vinculados de forma íntima à pessoa de seu titular (17).

O artigo 21, do Código Civil Brasileiro versa que: "a vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma" (16). Em análise ao disposto neste artigo, Andrade (18) compreende que o direito à intimidade e à vida privada são considerados como uma tutela assegurada ao indivíduo para esse que possa repelir a interferência de terceiros em sua esfera íntima de vida, bem como ter controle das informações sobre ele divulgadas. O direito à privacidade abrange o direito à vida privada e o direito à intimidade.

Cabe ressaltar a diferenciação entre intimidade e vida privada, muito embora possa ocorrer que estes termos sejam sinônimos, porém não são. No tocante ao direito à



intimidade, compreende-se a esfera de proteção por tudo o que há de mais íntimo em um indivíduo (18). Com relação à vida privada, temos que "tudo o que não pertença ao âmbito da intimidade, mas que, por sua vez, não transparece à esfera pública" (19). Diante das conceituações percebe-se que as diferenças abordadas entre ambas são tênues e não há como negar que estas existem.

“O princípio da proteção da dignidade da pessoa humana, depende, portanto, da preservação da intimidade e da vida privada do indivíduo” (20), ou seja, não há como garantir a dignidade da pessoa humana se não houver a preservação destes direitos da personalidade abordados.

A proteção da informação pessoal

O ser humano, em sua essência, é detentor de informações pessoais que porventura não tenha interesse em compartilhar a ninguém, e, portanto, tem a plena liberdade de assim proceder a fim de preservar sua intimidade. Diante deste fato, ninguém pode impeli-lo a fornecer informações sobre si mesmo.

Os direitos da pessoa humana relatados no artigo 5º da Constituição Federal são: “a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem”. Toda e qualquer ação que porventura venha a esquadrihar arbitrariamente ou constranger o indivíduo naquilo que possa pertencer-lhe com exclusividade caracteriza-se como uma violação ao princípio constitucional do direito à intimidade e à vida privada. Muito embora em situações de relevante interesse coletivo, em contraponto ao pessoal, possa ocorrer alguma intromissão na intimidade do indivíduo, uma possível intervenção deve advir sempre de maneira concisa e clara, dentro de limites e contornos jurídicos definidos (21).

Quanto ao fornecimento de informações a seu respeito, um indivíduo pode se negar a fornecê-las, desde que assim o queira, sem ser constrangido por tal decisão. E ainda, qualquer indivíduo que tomar conhecimento de informações privadas, mesmo que de forma ilegal, se estiver sob a proteção do sigilo profissional terá a obrigação, além do direito, de permanecer em silêncio e não efetuar a denúncia (21).

Lei de acesso à informação

O direito de acesso à informação consta previsto na Constituição Federal desde 1988 (15), através do artigo 5º, inciso XXXIII que todos os cidadãos brasileiros “têm direito a



receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo [...], ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;" e ainda o artigo 37, § 3º, inciso II: "o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII" (15), e do artigo 216, § 2º, que "cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem" (15).

Tais preceitos constitucionais foram regulamentados com a promulgação da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (22), a denominada Lei de Acesso à Informação (LAI), porém ela apenas entrou em vigor em 18 de maio de 2012. Com a regulamentação, a LAI definiu obrigações, procedimentos e prazos para o exercício legal deste direito de acesso à informação. Posteriormente, houve a publicação do decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012 para regulamentar a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Este decreto passou a vigorar em 16 de maio de 2012.

Regulamentação da lei de acesso à informação no âmbito do ministério da saúde

O Ministério da Saúde, em virtude deste momento histórico, publicou a portaria GM/MS nº 1.583, de 19 de julho de 2012, que dispõe, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, sobre a execução da Lei nº 12.527 e do próprio decreto. A explanação deste tópico será baseada nesta normatização específica com ênfase principal no que esta portaria denomina como "informação pessoal".

O artigo 1º inclui no rol dos submetidos à esta Portaria, todas as entidades vinculadas ao MS das quais autarquias (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), fundações públicas (Fundação Nacional de Saúde – FNS e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e sociedades de economia mista (Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Fêmina e Hospital Cristo Redentor) (5).

Outro artigo abordado na lei e de importância para este trabalho é o 2º, ao qual considera para efeitos da lei, para o termo informação sigilosa, "aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado" e para o termo informação pessoal, o conceito: "informação pessoal: aquela relacionada à pessoa natural identificada ou identificável" (5).



As conceituações apresentadas são relevantes para compreensão correta do conteúdo abordado na portaria. A conceituação disposta para "informação pessoal" é atribuída à pessoa natural identificada ou identificável, onde observa-se a relação estabelecida entre um indivíduo natural com sua identificação, de forma que por meio de um conjunto de dados a possibilidade de identificar um determinado indivíduo dentre tantos outros. Isto ocorre pela condição prestada por meio de informações pessoais que viabilizam o processo de identificação e reconhecimento de uma pessoa natural na sociedade.

Outro destaque a ser feito ao artigo 2º desta portaria é a diferenciação das terminologias de informações pessoais e informação sigilosa. A portaria conceitua este último termo, como aquela informação que é submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado. Enquanto, a informação pessoal fica no âmbito da identificação de uma pessoa natural. Ressalta-se que estes termos ficaram confusos em sua correta interpretação, por um entendimento equivocado que informação pessoal poderia ser considerada também uma informação sigilosa.

Dos artigos 3º ao 6º, a portaria trata do direito de acesso às informações. O artigo 3º define quem de fato poderá formular pedido de acesso à informação: "qualquer pessoa, natural ou jurídica, poderá formular pedido de acesso à informação às unidades do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas por meio dos respectivos Serviços de Informação ao Cidadão (SIC)" (5). No artigo 4º descreve quais as informações podem ser obtidas com o advento da portaria, não cabendo neste momento o aprofundamento a este tema, por conta da delimitação efetuada no tema proposto. Ainda em complementação, ao capítulo I da portaria GM/MS nº 1.583, de 19 de julho de 2012, o artigo 6º trata das restrições de acesso às informações.

O capítulo V - das informações pessoais, compreende os artigos 30 a 37 da presente portaria. O artigo 30 traz em seu conteúdo esclarece que as informações pessoais referentes à intimidade, vida privada, honra e imagem captada pelo MS e suas entidades vinculadas poderão ter acesso restrito a agentes públicos legalmente autorizados e a pessoa a que se referirem, e também poderão ser divulgados ou acessados por terceiros autorizados por previsão legal ou assentimento expresso da pessoa a que se referirem (5).



É importante destacar que o escopo deste artigo contempla os direitos fundamentais descritos no artigo 5º da Constituição Federal de 1988 e está relacionado com as informações pessoais que entram na esfera da intimidade, vida privada, honra e imagem e que se encontram detidas ou armazenadas pelo MS.

No que tange às informações pessoais especificamente, as armazenadas no campo da atenção à saúde do MS, observa-se que as mesmas se encontram disponíveis em banco de dados com os registros de informações históricas. Vale colocar que as mesmas somente poderão ser disponibilizadas com acesso restrito para agentes públicos legalmente autorizados e a pessoa a que se referirem, ou seja, a própria pessoa que tenha porventura suas informações pessoais detidas nos sistemas de informação em saúde do SUS.

Segundo o artigo 31, "o tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais". Com relação ao disposto neste artigo, cabe lembrar que por tratamento das informações, a conceituação relatada nesta portaria, é o "conjunto de ações referentes à produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transporte, transmissão, distribuição, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação, destinação ou controle da informação", e no que tange a este conjunto de ações, os mesmos devem acontecer de forma transparente e em observância aos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (5).

Já o artigo 32 trata do consentimento expresso da pessoa a que se referirem para acesso e divulgação de informações pessoais, expressando quando será dispensável a emissão do mesmo, o qual relata que em situações que visem a prevenção e ao diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, cumprimento de decisão judicial, defesa de direitos humanos de terceiros ou para a proteção do interesse público geral e preponderante.

No artigo 33, destaca-se a restrição de acesso a informações pessoais não poderá ser invocada com o intuito de causar prejuízo ao processo de apuração de irregularidades, conduzidos pelo Poder Público e também quando as informações pessoais estiverem contempladas em conjunto de documentos necessários à fatos históricos de maior relevância (5).



O artigo 35 explicita o que deve ser observado em casos de pedidos de acesso a informações pessoais, com ênfase na necessidade de comprovação da identidade do requerente. Caso este pedido ocorra por terceiros, ficam descritos os procedimentos necessários para que o acesso a informações pessoais aconteça e é complementado pelo artigo 36 que define que este acesso por terceiros fica condicionado à assinatura de um termo de responsabilidade.

Importante também destacar o capítulo IX da portaria que trata das responsabilidades e aborda as condutas ilícitas do agente público, aos quais estão inclusos o ato de divulgar, permitir a divulgação, acessar ou permitir acesso indevido a informação classificada em grau de sigilo ou a informação pessoal, uma vez que este agente não poderá fazer uso indevido de seu poder de acesso a informações pessoais detidas no âmbito do MS.

O artigo 74 dispõe que caberá ao MS a elaboração de atos específicos que disponham sobre as matérias classificadas ou não como sigilosas e/ou pessoais no âmbito de sua atuação para fins de aplicação do disposto nesta Portaria, apesar de inicialmente ser reconhecido o avanço dado com a publicação desta Portaria, porém a mesma, visto que não adentra no esclarecimento do tema informação sigilosa e/ou pessoal (5).

Cabe abordar que atualmente tramita no Congresso Nacional um projeto de lei (PL) nº 4.060/2012 de autoria de deputado Milton Monti – Partido da República (PR) / São Paulo, ao qual dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, e dá outras providências. Tal projeto de lei encontra-se apensado a outro PL, nº 3.558/2012 que dispõe sobre a utilização de sistemas biométricos, a proteção de dados pessoais e dá outras providências.

Conclusão

A Constituição Federal do Brasil de 1988 prevê o direito à saúde como um dos direitos sociais, o qual conceitua-se por ser um direito que tem por objetivo garantir as condições materiais imprescindíveis para o pleno gozo dos seus direitos. Nesta perspectiva, o direito à saúde é um dos direitos fundamentais dos seres humanos, sem o qual nenhum ser humano consegue viver adequadamente e representa um preceito fundamental, indissociável do direito à vida.

Observa-se por tanto que, apesar da natureza humana de resguardar a sua intimidade e vida privada, diariamente o indivíduo vivencia a necessidade de exposição de



sua intimidade e vida privada. No tocante ao aspecto relatado, os Sistemas de Informação em Saúde do SUS, em especial a APAC, sistema que é o foco deste estudo, requer a exposição dos indivíduos atendidos em tratamento de alta complexidade no SUS, não somente no aspecto de exposição das informações pessoais, mas também nos dados clínicos das doenças por estes acometidos. A APAC registra este conjunto de dados e requer a atualização dos mesmos com periodicidade mensal. Este conjunto de informações pessoais e demais dados complementares das APAC ficam armazenadas no banco de dados deste sistema.

A questão que nos remete novamente: os dados armazenados nos bancos de dados do SIA ferem o direito à privacidade dos cidadãos? Como garantir a proteção do indivíduo quando este dispõe de informações pessoais, como por exemplo no caso da APAC?

Compreendo que a informação em saúde é considerada "talvez o mais íntimo, pessoal, e sensível de qualquer informação mantida sobre um indivíduo" (23). Percebe-se que de um lado o indivíduo abre mão de sua privacidade, expondo-se a um sistema de informação, como no caso da APAC, para se valer da prestação de atendimento à saúde. O cuidado com a saúde de um indivíduo requer o esclarecimento de dados da intimidade a terceiros.

Em contrapartida, mesmo que o indivíduo não queria disponibilizar suas informações pessoais, não pode ser impedido de ter um atendimento prestado no SUS. Porém, a implicação para isto é a ausência da informação em saúde, comprometendo as informações epidemiológicas do país. A proteção do indivíduo quanto às suas informações pessoais e de dados complementares na APAC está neste momento compartilhada com àquele que a detém, seja este um operador de sistema da APAC, um gestor de saúde ou um profissional de saúde. As informações pessoais disponibilizadas pelo usuário do SUS são propriedade sua, não cabendo àquele que os obtêm utilizá-los de forma indiscriminada em ações que não sirvam para a sua salvaguarda.

No objeto da APAC, a informação de dados da intimidade e da vida privada (informação pessoal) serão revelados pelo confidente a um operador de sistema e gestor do sistema da APAC, bem como também a um profissional de saúde, sob pena de ineficácia das ações por ausência das informações em saúde. Inclui-se ao benefício buscado pelo paciente o revelar de sua intimidade e fatos pessoais ao profissional que o atende.



Compreende que o Estado passa a ser visto como controlador das atividades humanas e no caso da saúde, isto é assumido com um direito, no sentido de prover a proteção dos direitos coletivos sobre os individuais, podendo esta não ser a justificativa mais adequada para a intervenção no domínio das relações privadas.

Observada toda a explanação efetuada anteriormente, com vistas a regular o acesso à informação em todo o território nacional cabe registrar que o ato da publicação da Portaria GM/MS 1.583/2012 reforça a regulamentação da Lei de Acesso à Informação no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas.

Tanto a Lei de Acesso à Informação como a Portaria GM/MS 1.583/2012 conferem transparência ao Estado brasileiro e nos processos efetuados no Ministério e suas entidades, característica esta que é essencial para um Estado Democrático de Direito. Porém, ambas as normatizações não trazem direcionamentos aprofundados sobre a temática de acesso às informações pessoais e deixam propostos a necessidade de edição de atos específicos.

Para finalizar a conclusão em relação ao conflito propõe-se que não deve haver a limitação da recolha sistemática de informações pessoais na assistência à saúde, principalmente no que tange a APAC e os demais sistema de informação em saúde do SUS. As informações pessoais aliadas as informações referente aos atendimentos na APAC proporcionam ao Estado o conhecimento do perfil epidemiológico da população e em contrapartida, a avaliação deste para a implementação de novas políticas de saúde pública que correspondam a demanda da população. Reafirmo a necessidade de posicionamento do Estado, mediante a implementação de políticas reguladoras no que tange à questões de informações pessoais no âmbito do SUS, o que possibilitará que o círculo se restrinja e se feche neste ponto: somente podem acessar informações pessoais dos usuários do SUS, agentes públicos legalmente autorizados e a pessoa a que se referirem.



Referências

1. Weiszflog, W. Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. 2004. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=informa%E7%E3o>>. [Acesso em: 31 out.2012].
2. Carvalho, AO; Eduardo, MBP. Sistemas de Informação em Saúde para Municípios. Série Saúde & Cidadania. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
3. Moreno, AB; COELI, CM; MUNCK, S. Informação em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infosau.html>. [Acesso em 13 nov.2012].
4. Thaines, GHL et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. Texto contexto - enferm., Florianópolis, 18 (13) set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300009&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em: 17 nov.2012].
6. Branco, MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12 (2): 267-270, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>. [Acesso em: 25 nov. 2012].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. DATASUS. Plano Diretor de Informação 2010 – 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/dsweb/datasus/apresentacao/PDTI_09_12_2010_v2.pdf>. [Acesso em: 19 nov. 2012].
8. Rezende, DA. Planejamento de informações públicas municipais: sistemas de informação e de conhecimento, informática e governo eletrônico integrados aos planejamentos das prefeituras e municípios. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 41 (3) jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000300007&lng=en&nrm=iso>. [Acesso em: 19 nov. 2012].
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 2005.
10. Vianna, TL. Transparência pública, opacidade privada: o Direito como instrumento de limitação do poder na sociedade de controle. Curitiba, 2006. 188 p. Tese (Doutorado em Direito). Universidade Federal do Paraná.
11. Almeida, MFA, Alencar, G. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. Inf. Epidemiol. Sus. Brasília, 9 (4) dez. 2000. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000400003&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em: 18 nov. 2012].



12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema. 2009a. Disponível em:
<ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/documentos/Manual_Operacional_SIA_v_1.pdf>.
[Acesso em: 25 nov. 2012].
14. Annas, GJ. Is Privacy the Enemy Of Public Health? *Health Affairs*, Bethesda, 18 (4): 197-198
17. Alves, DF; Rodrigues, A. Direito à privacidade e liberdade de expressão. Disponível em: http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=0a06b505-324f-4a86-8fb5-dcbf53bd8951&groupId=10136. [Acesso em: 28 nov.2012]
18. Andrade, ADMM. O direito à intimidade e a vida privada em face das novas tecnologias da informação. *Caderno de Estudos Ciência e Empresa*. Teresina, 5 (1) 2008. Disponível em:
<http://www.faete.edu.br/revista/ODIREITOAINTIMIDADE_E_%20A_VIDA_PRIVADA_EM_FACEDASNOVASTECNOLOGIASDAINFORMACAO-Allan%20Diego.pdf>. [Acesso em: 28 nov.2012].
19. Pereira, MC. *Direito à Intimidade na Internet*. Curitiba: Juruá Editora, 2003.
21. Santos, L. O Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS e o segredo profissional, sigilo do prontuário e dos dados informatizados. *Revista de Direito do Trabalho*. São Paulo. 2002.
23. Gostint, L O. Health Information Privacy. *Cornell L. Rev. Washington*, 80 : 451-528.1995
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil DE 1988. Brasília: Senado Federal, 2006.
20. Aith, F M A. *Teoria Geral do Direito Sanitário*. São Paulo. 2006. 458 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). USP – Faculdade de Saúde Pública.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.583, de 19 de julho de 2012. Dispõe, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, sobre a execução da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que versa sobre a Lei de Acesso à Informação, e do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, que a regulamenta. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1583_19_07_2012.html>. [Acesso em: 30 nov. 2012].
13. Souza, CAP. *Introdução ao Direito Civil*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
<http://academico.direito-rio.fgv.br/ccmw/images/1/11/Introducao_ao_Direito_Civil_2012-2.pdf>. [Acesso em: 28 nov. 2012].
16. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. [Acesso em: 27 nov. 2012].



22. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm. [Acesso em: 14 nov. 2011].

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em: 22.8.2017

Como citar este artigo:

Costa LS. O direito à privacidade das informações pessoais no instrumento de captação do atendimento ambulatorial e autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC). 2017 jul./set, 6(3):11-29.



A reivindicação do direito à saúde pelas Organizações Não Governamentais do Distrito Federal: garantia de direito social ou assistencialismo?

The “right to health” claim from the Federal District Non-Governmental Organizations: enforcing social rights or paternalism?

¿La reivindicación del derecho a la salud por las Organizaciones No Gubernamentales del Distrito Federal: hacer cumplir los derechos sociales o paternalismo?

Regina Aparecida da Cruz¹

RESUMO: Objetivo - Este artigo analisa a atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs) na defesa da saúde no Distrito Federal (DF), a partir de um questionário respondido pelos seus dirigentes nos anos de 2008 e 2009. **Metodologia** – Foi empregada a técnica da entrevista semiestruturada e análise do discurso do sujeito coletivo (ADS). **Resultado:** As ONGs têm atuado muito mais no assistencialismo primário, funcionando basicamente como prestadores de serviços aos usuários do sistema de saúde no DF do que como associações focadas em reivindicar a melhoria das políticas de saúde no DF em prol da garantia do direito social à saúde. **Conclusão** - A atuação das ONGs do DF tem sido insuficiente para influenciar politicamente a garantia do direito à saúde e, conseqüentemente, para atuar de forma condizente ao exercício da cidadania em saúde. **Palavras chave:** Advocacia em Saúde. Organizações Não-Governamentais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Objective - This article analyzes the advocacy initiatives of NGOs in enforcing health rights in the Federal District (DF) based on questionnaires answered by NGO leaders in 2008 and 2009. **Methods** – Both the semi-structured interview technique and the Discourse of the Collective Subject (ADS) were used. **Result:** NGOs have been more involved with primary health care, mainly acting as providers of services to users of the healthcare system in the Federal District, and not as associations focused on advocating in favor of improved health policies in the Federal District and guaranteeing the social right to health. **Conclusion** - The work of NGOs in the Federal District has been insufficient to politically influence the enforcement of the right to health and, consequently, to act in a manner consistent with the exercise of citizenship in health. **Keywords:** Health Advocacy. Non-Governmental Organizations. Health Unify System

RESUMEN: Objetivo - En este artículo se analizan las acciones de las ONG en materia de defensa de los derechos de salud en el Distrito Federal (DF), basadas en cuestionarios respondidos por sus líderes en 2008 y 2009. **Metodología** - Fue empleada la técnica de la entrevista semiestructurada y análisis del producto el discurso del sujeto colectivo (ADS). **Resultado:** Las ONG han estado más involucradas en la atención primaria de salud, actuando principalmente como proveedores de servicios a los usuarios del sistema de

¹ Advogada. Programa de Direito Sanitário da Fiocruz. Email: regina.cruz@gmail.com



salud en el Distrito Federal, y no como asociaciones enfocadas en abogar por mejores políticas de salud en el Distrito Federal y garantizar el derecho social a salud. **Conclusión** - La actuación de las ONG del DF ha sido insuficiente para influir políticamente en la garantía del derecho a la salud y, consecuentemente, para actuar de forma acorde al ejercicio de la ciudadanía en salud.

Palabras llave: Defensa de la Salud. Organizaciones No Gubernamentales. Sistema único de Salud.

Introdução

A sociedade civil, como conceitua Cohen & Arato em *apud* Ramos (1)

é uma esfera de interação social entre a economia e o Estado, composta antes de tudo pela esfera íntima (em especial a família), a esfera das associações (em especial das associações voluntárias), os movimentos sociais e as formas de comunicação pública.

Portanto, a atuação da sociedade civil é de uma importância singular para pressionar o Estado na busca de se garantir que o direito à saúde se efetive. Neste sentido, Dallari (2) “não basta que o direito à saúde e suas garantias estejam expressos em documentos, é necessário torná-lo um direito garantido de fato”. E, para esta garantia de fato, é fundamental que a sociedade civil participe da sua reivindicação e exercício.

O direito positivado é o início para a concretude de um direito, mas por si só não garante a sua efetivação. E quando se fala em saúde, um direito social como colocado na Constituição de 1988 (CF/88), há que se pensar em algo a mais, pois depende de políticas sociais e econômicas, como se observa da leitura do artigo 196 da CF/88.

A importância da participação da sociedade civil é enorme, pois é através das suas reivindicações que os direitos sociais podem ser impulsionados e concretizados pelo Estado, através da modificação de políticas existentes e de serviços disponíveis. Para que isso ocorra é preciso que a sociedade civil esteja, sobretudo, bem organizada para representar os cidadãos e da abrangência dessa representação, devendo-se considerar, também, a sua legitimidade. Como são organizações que nascem da vontade das pessoas, da necessidade de se buscar um direito preterido ou apenas esquecido. Elas são estruturadas e possuem força para representar todos aqueles que se encontram naquela condição de exclusão.

Um exemplo de como uma sociedade civil organizada pode trazer novas perspectivas para o grupo que representa, pode ser citado no caso das ONG de defesa dos portadores



de HIV-AIDS², que dentre outras conquistas em prol da garantia do direito à saúde de seus representados, conseguiram que o Banco Mundial concedesse um financiamento ao Brasil para controle da epidemia – o montante dos recursos e o fato de que o projeto foi a principal fonte de investimentos do país para controle da epidemia tornaram o empréstimo um ponto de inflexão na trajetória das políticas para a Aids, ensina Ramos (2004); e ela continua, outra conquista relevante aconteceu em 1996, com a concessão do acesso gratuito e universal, na rede pública da saúde, dos medicamentos anti-retrovirais (Lei 9.313 de novembro de 1996), graças aos reclamos judiciais protagonizados pela sociedade civil.

A sociedade civil, através dos movimentos sociais, tem um papel fundamental em organizar, articular, através do processo democrático veiculado na CF/88. Ela tem que se estruturar cumprir com o seu objetivo, promover as mudanças nas políticas de saúde de forma que garanta o direito à saúde. Elas devem atentar para uma nova proposta dessa participação social, e as ONGs no DF, que trabalham com o direito à saúde devem se organizar para garantir que as condições de reivindicar como, por exemplo, através da iniciativa popular produzir leis que defendem a saúde no DF.

Neste sentido, a pergunta de pesquisa que norteia o presente artigo é a seguinte: quais são as estratégias utilizadas pelas ONGs que defendem a saúde no DF para a garantia do direito à saúde e como elas estão estruturadas para realizar estas estratégias?

O objetivo geral do presente trabalho é verificar quais são as estratégias utilizadas pelas ONGs que defendem a saúde no DF, para aferir a sua capacidade de influir ou não nas políticas de saúde distritais para a garantia do direito social à saúde; encontram como objetivos específicos do presente trabalho temos: identificar as ONGs que trabalham com a saúde no DF, verificar as principais estratégias utilizadas pelas ONGs para a reivindicação do direito à saúde no DF, relacionar os resultados encontrados e discutir os resultados encontrados à luz da importância da atuação da sociedade organizada para garantir o direito à saúde.

Para construir a presente pesquisa partiu-se do mapeamento das ONGs que defendem a saúde no DF e a análise de entrevistas com os dirigentes dessas ONGs

² Ensina Galvão (3), que as primeiras ONG dedicadas exclusivamente à Aids surgem depois 1985 e são: Gapa (1985, em São Paulo – Grupo de Apoio e Prevenção à Aids), esta por construir o primeiro serviço jurídico para pessoas portadoras de HIV-Aids, e por ter se tornado um modelo copiado por outras organizações, construiu o que mais tarde acabou sendo chamado de *advocacy*, Abia (1986, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) e Pela Vida (Em 1989, criada por Herbert Daniel).



utilizando-se a metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC). Estes dados encontram-se em poder da Fiocruz/Brasília, e foram levantados em pesquisa pretérita intitulada “Mapeamento dos Atores que Defendem o Direito à Saúde no Distrito Federal”.

Garantia do direito à saúde no Brasil

Os princípios jurídicos³ no ordenamento jurídico de um Estado, com razão se reconhece a importância dos princípios extraídos do texto constitucional, já que, por estarem no topo do ordenamento jurídico, influenciarão a formação, a interpretação e a integração de todas as demais normas, dando coerência e unidade de sentido a todo o sistema normativo. Os princípios constitucionais podem encontrar-se positivados ou não na Constituição e serão informadores da ordem política ou jurídica.

A Constituição é um conjunto de princípios que orientam a interpretação do ordenamento jurídico. E, conseqüentemente, o direito à saúde deve ser interpretado de acordo com a Constituição vigente, que delimita e orienta a atuação dos legisladores, dos administradores e dos operadores do direito.

Desta forma, toda e qualquer regra que incida sobre o direito à saúde, deve ser interpretada e aplicada conforme os princípios informadores. Valendo-se da hermenêutica constitucional⁴, faz-se uma interpretação sistêmica, como ensina Silva (3).

A saúde no Brasil, antes da atual Constituição, era para poucos já que apenas os que se encontravam em atividade econômica formal tinham acesso à saúde. Os pobres em condição de miserabilidade sempre puderam contar com as Santas Casas, com a caridade. Mas os trabalhadores que se encontravam na informalidade só podiam acessar a saúde se pagassem para a iniciativa privada, Marques (4).

Como salienta Marques (4):

o sistema público de saúde brasileiro, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, não merecia um tratamento constitucional específico e atendia somente aos indivíduos que contribuíssem à Previdência Social, ou seja, aqueles indivíduos que possuíssem carteira de trabalho assinada.

³ Os princípios são a base das normas jurídicas, influenciando sua formação, interpretação e integração e dando coerência ao sistema normativo. Eles podem impor obrigações legais (força normativa), orientaram o aplicador do Direito, possuem relevância jurídica e são mandamentos de otimização.

⁴ Uma norma constitucional não pode ser considerada isoladamente, devendo sua interpretação levar em conta todo o texto constitucional.



Com a vinda da CF/88 o direito à saúde ganha destaque no ordenamento jurídico brasileiro, passa a ser considerado direito fundamental, seguindo as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Também merece destaque a condição político-social que antecede a chegada da CF/88. Como os constituintes queriam extirpar o processo ditatorial antecedente, eles trazem para a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) um tratamento popular, participativo e democrático, sendo um dos motivos dela ser chamada de “Constituição Cidadã”, conforme nos ensina Silva (3).

Neste diapasão o art. 196 da CF, prescreve

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

A interpretação do art. 196 da CF tem sido há muito tempo objeto de estudo por parte da doutrina brasileira e faz parte também de diversos julgados pelo Poder Judiciário, face à necessidade de definir quem são os sujeitos passivos, efetivamente, dessa prestação.

A saúde não é apenas um direito social, mas também um direito que, como tem a sua origem no art. 6º da CF, no Título dos Direitos Fundamentais, um direito de aplicação imediata, pois tem como cerne o direito à vida: o maior dos direitos do homem.

Neste sentido, o julgamento do SL 47-AgR/PE⁵

A Constituição brasileira não só prevê expressamente a existência de direitos fundamentais sociais (artigo 60), especificando seu conteúdo e forma de prestação (artigos 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros), como não faz distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos (capítulo I e Título II) e os direitos sociais (capítulo II do Título II), ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (artigo 50, §10, CF/88). Vê-se, pois, que os direitos fundamentais sociais foram acolhidos pela Constituição

⁵ Trata-se de um julgamento, que aconteceu no STF, onde o ESTADO DE PERNAMBUCO requereu a suspensão da execução da liminar deferida na ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal e Estadual contra o MUNICÍPIO DE PETROLINA. A liminar foi deferida em desfavor do Município de PETROLINA para que este adotasse 8 (oito) providências administrativas para a melhoria imediata do atendimento no Hospital Dom Malan. Trata-se de um julgamento divisor de águas no STF quanto a possibilidade do Judiciário intervir nas questões orçamentárias e de cunho discricionário do administrador.



Federal de 1988 como autênticos direitos fundamentais. Não há dúvida – deixe-se claro – de que as demandas que buscam a efetivação de prestações de saúde devem ser resolvidas a partir da análise de nosso contexto constitucional e de suas peculiaridades.

A própria Constituição estabelece critérios para que seja bem compreendida a saúde no Estado Brasileiro, conforme preleciona Dallari (2)

A Lei Maior da República estipulou critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto. Assim, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados, não só, à sua recuperação, mas também, à sua promoção e proteção. Em outras palavras, adotou-se o conceito que engloba tanto a ausência de doença, quanto o bem-estar, enquanto derivado das políticas públicas que ou têm por objetivo, seja apenas a política, seja sua implementação, traduzida na garantia de acesso - universal e igualitário - às ações e serviços com o mesmo objetivo.

O direito à saúde na CF/88 é um direito fundamental, garantido nos termos do art. 196 e seguintes da Carta Magna, conforme preleciona Dallari (2). Um direito que deve ser garantido pelas políticas sociais e econômicas, correspondendo a um dever essencial do Estado promover ações e serviços de saúde visando a construir uma nova ordem social.

Nesse mesmo condão, afirma Tojal (5), que a obrigação do Estado em relação às ações e serviços de saúde objetiva bem-estar e a justiça social e

com efeito, a garantia do direito à saúde, expressamente referida no artigo 196 da Constituição, inscreve-se exata e precisamente no rol daquele conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos voltadas para a realização da nova ordem social, cujos objetivos são o bem-estar e a justiça sociais.

Está o Estado juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde visando a construção da nova ordem social, cujos objetivos, são o bem-estar e a justiça sociais, pois a Constituição lhe dirige impositivamente essas tarefas.

Não conceder à sociedade o direito de acesso à saúde é negar um Direito fundamental, é subtrair da coletividade tratamento digno garantido pela CF/88 e também em outros documentos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do



Homem (DUDH)⁶, das Cartas⁷ e da OMS. As Cartas consideram a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento pessoal, social e econômico.

Apreende-se da leitura do artigo XXV da DUDH, abaixo transcrito

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Neste sentido também Dallari (6), salienta que o direito à saúde se encontra inserida no rol dos Direitos Humanos e que a saúde foi inserida neste elenco mais recentemente.

Consolidando este entendimento Dallari (6), ensina

percebe-se, portanto, que ainda hoje a reivindicação por direitos humanos é arma dos oprimidos contra os opressores mas não se pode deixar de reconhecer que ela só é possível porque abriga uma idéia de direito fundamental, que independe do direito posto.

Seguindo esta linha de pensamento, a CF/88 trouxe um aparato legal que permite a construção de um estado democrático com uma extensa amplitude de direitos sociais e não apenas estes, mas também garantiu a participação direta e indireta dos cidadãos. Esta pode ser notada com muita clareza na presença dos partidos políticos e representação oriunda das organizações associativas de defesa de direitos, organizações sindicais, não governamentais, dentre outras elencadas no texto constitucional.

A CF/88 traz previsão no art. 198, III, da participação da sociedade como uma diretriz a ser adotada como mecanismo de fortalecimento do SUS

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

III - participação da comunidade.

⁶ A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi aprovada em 1948 na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Este documento é a base da luta universal contra a opressão e a discriminação, defende a igualdade e a dignidade das pessoas e reconhece que os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser aplicados a cada cidadão do planeta. (<http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/direitos-do-cidadao/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>).

⁷ Conferencia de Alma-Ata, 1978; Ottawa, 1986; Adelaide, 1998; Sundsvall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; Rede de Megapaíses, 1998; México, 2000; Bangkok, 2005.



Garantir a saúde é dever do Estado e direito de todos, como elenca a CF/88 e este direito encontra-se além elencado também em vários outros documentos, inclusive internacionais. Para efetivar esta garantia a sociedade pode lançar mãos de institutos constitucionais importantes para a consolidação da democracia em nosso Estado, como a participação popular. A participação comunitária é fundamental para que seja o direito à saúde seja exercido.

Saúde, movimentos sociais e cidadania

A proposta da saúde, que integra o texto constitucional, foi construída em amplo processo democrático, com discussão e politização da questão da universalidade do direito à saúde, ocorrido nas décadas anteriores à CF/88.

A saúde no Brasil, a partir da década de 90, manteve o processo democrático através da participação da sociedade, pois os movimentos sociais que antecederam à Assembleia Nacional Constituinte foram muito significativos para perpetuar no tempo o um verdadeiro processo de discussão e politização da universalização deste direito, assim leciona Marques (7).

Os movimentos sociais participaram ativamente para construir um direito à saúde que respondesse à vontade, ao anseio da sociedade, por isso buscaram garantir que a prevenção fosse uma das áreas de cuidado do Estado. Neste sentido, Campilongo (8) prescreve

os movimentos sociais não possuem unidade de fins, coesão interna e uniformidade de ação. A unidade de um movimento social não decorre da essência de valores ou princípios (ainda que uma dimensão moral de luta do bem contra o mal sempre se faça presente). Ela resulta de um tema: a bandeira do movimento. Muitas vezes a percepção de uma carência. Geralmente, o sentimento de inacessibilidade a um direito.

Durante o período militar que foi de 1964 a 1985, a saúde foi fortemente negligenciada, e por óbvio, sem nenhuma participação popular. É neste cenário que nasce o Movimento Sanitário Brasileiro, datado do final da década de 70 – já no processo político de transição da ditadura para a democracia. Este movimento social de foi de relevância ímpar para a saúde, sendo que ele foi fortemente influenciado pela Revolução Sanitária Italiana, tendo como mentor Giovanni Berlinguer, ensina Dallari (6). Ele teve uma importante atuação para mudar os conceitos básicos de saúde que, resumia-se em



assistencialismo e curativismo, para se garantir a saúde num conceito muito mais amplo, partindo da prevenção em nosso Estado, como ensina Marques (7) porque

a Reforma vai visar uma reconstrução da própria concepção de saúde, inserindo-a no contexto social brasileiro e uma reconstrução normativa e institucional dos serviços e ações de saúde no país. E, também, um novo olhar sobre o processo saúde-doença, sobre a elaboração e implementação das políticas de saúde, sobre as relações médicas, sobre a formação dos recursos humanos destinados ao trabalho na área da saúde, entre outros de forma mais próxima e articulada com a concepção de direito humano à saúde, à luz do disposto nos documentos internacionais.

O início deste movimento acontece no meio acadêmico, principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva, que zelam pela prevenção como valor maior para garantir a saúde. Também tem que destacar a importância do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que foram importantes pilares para conseguir alcançar as conquistas alcançadas pelo Movimento, como se depreende da leitura de Marques (7).

O Programa de Montes Claros (MOC)⁸, segundo Escorel (9), foi um grande impulso para o processo de democratização e descentralização do setor da saúde. Este projeto tinha como princípio a participação popular que vinha reforçar as necessidades da comunidade, além de poder tornar uma realidade a prestação assistencial, onde as mudanças na vida social dessas pessoas - as excluídas de acessar a saúde - é que efetivamente se conquistaria tal garantia.

Mesmo antes da chegada do Sistema Único de Saúde (SUS) na CF/88, segue Escorel (9) este projeto já trazia os conceitos de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular.

A participação do movimento popular na saúde acabava por se tornar uma realidade (início da década de 80), porém ainda não havia uma legislação própria. Assim ensina

⁸ Este projeto foi iniciado em 1974 por profissionais da área da saúde e desempenhou um papel histórico ao participar de ações e experiências de medicina comunitária, com recursos nacionais e internacionais. Eles levaram e implantaram na zona rural do município de Montes Claros a experiência, já bem sucedida em outros países e orientada pela OPAS, como a universalização do direito à saúde, integralidade e racionalização das ações, democratização popular, bem como experiências de atenção primária, já discutidas e preconizadas nas universidades como medidas necessárias ao acesso à saúde. Esse projeto era um avanço para Montes Claros, no que dizia respeito à política de atenção médica e de saúde discutida naquela época. Era um modelo global, regionalizado e hierarquizado de serviços de saúde, com participação popular.



Marques (10), que durante a VIII Conferência de Saúde⁹ vê-se o fortalecimento dos movimentos sociais e inclusive a sua contribuição para a formulação das políticas públicas mais sistematizadas com a necessidade da participação da sociedade e a construção urgente de leis para proteção e o garantismo do direito à saúde¹⁰.

Neste sentido, prescrevem Costa e Sousa Júnior (11)

o movimento social pela reforma sanitária se configurou como um dos mais fortes protagonistas durante o processo constituinte que desaguou na Constituição de 1988 e teve, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1980, um momento de definição de novas diretrizes para o sistema de saúde no Brasil.

A citada conferência efetivamente contribuiu para o atual sistema brasileiro de saúde, um sistema baseado na descentralização das ações e serviços de saúde, que conta com direção única em cada esfera de atuação do governo (municipal, estadual e federal), atendimento integral, priorizando a prevenção e também a ampliação da participação social, assim como o controle por parte da sociedade.

A necessidade de identificar carências sociais e oferecer alternativas que busquem a superação dos empecilhos de acessar o direito à saúde existentes, trazem um novo paradigma que é chamado de advocacia em saúde. Nesse condão Dallari (6) relata que “a advocacia em saúde desenvolve ações que procuram influenciar autoridades e particulares, sensibilizando-os para carências e necessidades sanitárias diversas”.

Partindo da premissa de que as pessoas têm direitos fundamentais que são exigíveis por meio de procedimentos legislativos, administrativos ou judiciais, e, considerando que o direito à saúde se encontra positivado em nosso ordenamento jurídico, a advocacia em saúde é um processo de reivindicações de direitos que busca a implementação de uma política pública. Pode-se afirmar que se trata de garantir o acesso à saúde para todos os que foram contemplados pelo Estado legalmente, mas que se encontram excluídos.

Neste sentido ensina Dallari (6)

⁹ Realizada de 17 a 21 de março de 1986, a conferência foi considerada a pré-constituente, pelo então Presidente da República José Sarney. Houve a participação de mais de 4.000 pessoas oriundas dos mais diversos segmentos sociais e políticos. Desses participantes, mil eram delegados e, dentre estes, 50% eram representantes da sociedade civil organizada.

¹⁰ Art. 4º - lei especial disporá sobre a garantia por parte da União ao direito à saúde, estruturando todos os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde em sistema único, sob comando ministerial único, e mediante os seguintes postulados: [...] c) mecanismos de participação da sociedade organizada serão estabelecidos na formulação, controle da execução e da avaliação das políticas de saúde em todos os níveis do sistema.



Como Estado Democrático de Direito, o Brasil tem na Constituição Federal os princípios e as normas que regem a democracia e a garantia dos direitos sociais, individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. Portanto, a forma como o direito é declarado na lei afeta diretamente a atuação do advogado.

A advocacia em saúde (pode ter advogado profissional de saúde) difere-se da advocacia profissional. Aquela pode ter advogado, um profissional de saúde enquanto a segunda só pode ser um bacharel em direito e aprovado no exame aplicado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Portanto, a primeira pode ser qualquer pessoa, ensina Dallari (1996), assim muito mais democrático e participativo. Um verdadeiro exercício da cidadania.

A Advocacia em Saúde baseia suas ações nos esforços organizados dos indivíduos e também de grupos, que têm como objetivo influenciar o governo, a administração pública, de modo que esses órgãos se tornem mais sensíveis às necessidades dos cidadãos, que garantam justiça social e acesso universal à saúde.

Metodologia

Foram analisados os documentos originários das gravações do conteúdo resultante das entrevistas¹¹ “Mapeamento dos Atores que Defendem o Direito à Saúde no Distrito Federal”. Essas ONGs estão relacionadas com o garantismo do direito à saúde.

A metodologia do DSC foi escolhida por ser uma modalidade de análise dos discursos obtidos a partir dos depoimentos da manifestação discursiva que melhor se adequa aos objetivos traçados nesta pesquisa e justifica-se pelo fato de ser a mais adequada para se aferir os significados sociais.

Trata-se de uma mudança significativa nas pesquisas, pois permite que se conheçam os pensamentos, os valores, a crença dos seus atores sobre o tema debatido. Traz à pesquisa a manifestação direta do locutor, é a sua manifestação de expressão que se encontra no texto. Esse método se atém ao que foi colocado pelo entrevistado, pois é a presença do entrevistado na pesquisa, é a sua fala. Por isso ele é considerado fidedigno ao que pensa o entrevistado, é o que ensina Lefèvre e Lefèvre (12).

¹¹ Entrevista aplicada aos dirigentes das ONG no DF, pelo CEPEDISA, nos anos de 2008 e 2009, às 12 (doze) ONG identificadas no território. As entrevistas estudadas contêm no máximo 30 (trinta) minutos e em torno de 9 (nove) perguntas.



Neste sentido, Lefèvre e Lefèvre (12) explicam que, por este método

Se estará descrevendo muito melhor e mais adequadamente os pensamentos de indivíduos e coletividades quando estes estiverem sendo coletados, processados e apresentados sob a forma de discurso, porque os pensamentos pertencem à família das línguas e linguagens e, portanto, à ordem do discurso ou do texto.

O que se busca fazer com o DSC é “reconstruir, com pedaços do discurso individual, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”, ensina Lefèvre e Lefèvre (12).

Assim, será possível, através desta metodologia, encontrar o pensamento e as sustentações desses dirigentes acerca da seguinte questão, que norteou a pesquisa: quais as estratégias utilizadas pelas ONGs que defendem a saúde no DF para a garantia do direito à saúde e como elas estão estruturadas para realizar estas estratégias, identificando os discursos coletivos que se relacionam entre si e com o contexto político e social? E como preconiza Marques (10) dentro de cada grupo eles perseguem finalidades semelhantes e fazem parte do mesmo *locus social*. Desta forma, os fins almejados por uns são semelhantes ao dos outros. Há uma identidade entre eles.

Apesar do discurso ser redigido na primeira pessoa do singular, ele traz o pensamento coletivo, é o que afirma Lefèvre e Lefèvre (12)

Mas a coletividade, falando na primeira pessoa do singular, não apenas ilustra o regime regular de funcionamento das representações sociais como também é um recurso para viabilizar as próprias representações sociais como fatos coletivos atinentes a coletividades qualitativas (de discursos) e quantitativas (de indivíduos). De fato, ninguém duvida que indivíduos compartilhem a(s) mesma(s) idéia(s), mas quando tais indivíduos opinam, individualmente, veiculam apenas uma parte do conteúdo da idéia compartilhada.

Acredita-se que com esta metodologia é possível aproximar a compreensão mais adequada da realidade do pensamento dos dirigentes das ONGs de como montam suas estratégias para garantir a defesa ao direito à saúde e de como podem melhorar a atuação da instituição na área da saúde.



Após a escolha da pergunta¹² que seria analisada, iniciou-se o processo de identificação dos principais argumentos elencados pelos entrevistados, a partir das suas falas. Estas falas permitiram uma visualização ampla do material e em seguida foi realizada a síntese dos discursos de cada um dos dirigentes dessas ONGs.

Assim, foi elaborada uma tabela com o agrupamento de expressões-chave e as respectivas idéias centrais e, também, uma tabela com as idéias centrais identificadas e o discurso coletivo proveniente de cada agrupamento de expressões chave.

Para se criar o DSC utiliza-se as seguintes figuras metodológicas, segundo Lefèvre e Lefèvre (12)

- Expressões-Chave: foram localizadas nos argumentos dos dirigentes das ONGs, as expressões que revelam a essência desses argumentos trazidos por cada um deles. Essas expressões são transcrições literais das entrevistas.
- Idéias centrais: são as expressões linguísticas que descrevem, da forma mais sintética e precisa possível, o sentido de cada expressão-chave (ou conjunto homogêneo de expressões-chave). Assim, a idéia central é uma descrição sintética do sentido dos argumentos encontrados.

Para a construção do DSC nesta pesquisa foram agrupadas todas as argumentações dos entrevistados. As argumentações de cada ONG continuaram a ser identificadas pelo número que recebeu na pesquisa (de 1 a 12). Passou-se, posteriormente, para a leitura detalhada de cada um desses argumentos, destacando-se os trechos considerados mais relevantes, que lhes conferiam significância. Esses trechos relevantes foram destacados, separando-os dos demais pedaços do texto considerados irrelevantes para fins da presente análise. A identificação desses trechos mais relevantes possibilitou identificar as expressões-chave contidas nas argumentações dos entrevistados. As expressões-chave encontradas continuaram numeradas de acordo com o número do questionário.

O painel do DSC irá refletir o que um dado grupo ou em uma dada coletividade pensa sobre um determinado assunto. Tem-se como resultado desta pesquisa um painel de discursos que refletem como pensam e agem os dirigentes das ONGs acerca do exercício do direito à saúde.

¹² Após estudar o material produzido na pesquisa, a partir da análise das entrevistas concedidas pelos dirigentes, que foram numeradas de 1 (um) a 12 (doze), foi selecionada uma pergunta do referido questionário, a saber: "que estratégias a instituição considera bem-sucedidas para a defesa da saúde? "



Resultados

A seguir, encontram-se as idéias centrais que compõem o DSC elaborado, a partir da questão abordada.

Síntese de idéias centrais

A – Diálogo e busca de atendimento digno à saúde junto aos representantes do Estado.

B – Articulação e manifestação pública junto aos demais movimentos sociais na área da saúde.

C – Participação nos Conselhos de Saúde.

D – Sensibilização na mídia e em veículos de comunicação técnico-científicos.

E – Cuidar dos doentes, informá-los e auxiliá-los dentro da própria associação.

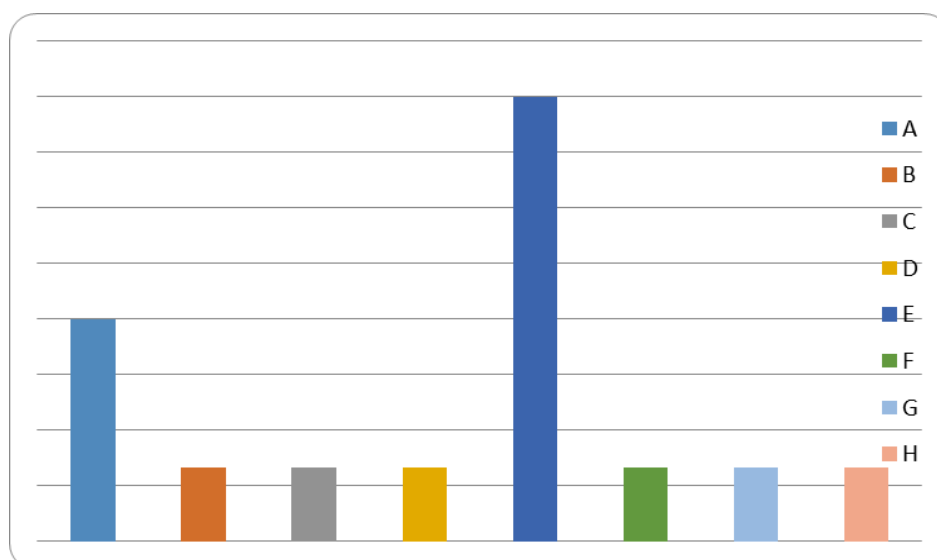
F – Conscientização das pessoas em relação ao direito à saúde.

G – Fortalecer e defender o SUS como política pública de saúde.

H – Defender a aprovação de leis específicas para atender necessidades de saúde.

A partir da análise das ideias centrais, abaixo demonstrados no gráfico, apareceram as porcentagens nas entrevistas e chama a atenção o resultado obtido conforme análise apresentada logo a seguir.

Tabela 1: Ideias centrais dos dirigentes das ONGs.



Fonte: Pesquisa realizada pelo Cepedisa¹³, nos anos de 2008 e 2009.

¹³ Centro de Pesquisa e Ensino em Direito Sanitário.



Chama a atenção a incidência das idéias A e E como idéias predominantes nos discursos dos dirigentes. E mais na primeira as ONGs colocam a necessidade de se ter no diálogo e na busca de atendimento digno à saúde junto aos representantes do Estado como a estratégia a ser considerada para serem bem-sucedidas na defesa da saúde. Já na segunda, resposta, a com maior incidência percentual, entende que as ONGs devem se dedicar a cuidar dos doentes, informá-los e auxiliá-los dentro da própria associação.

Percebe-se que as ONGs no DF, na sua maioria, estão atuando muito mais com base no assistencialismo do que como organizações que devem buscar garantir o acesso à saúde. Sendo que estas poderiam garantir a participação social, através do exercício da cidadania, realizando inclusão na democratização brasileira, assim como a base para a concretização das políticas sociais e também dos movimentos sociais garantindo o acesso à saúde.

Neste condão Dallari (6), ensina que “os brasileiros vivem simultaneamente duas experiências difíceis: aprender a democracia e aprender as formas de democracia contemporâneas”. Talvez seja essa dificuldade dos brasileiros: conciliar o aprendizado com o exercício da democracia, colocar em prática a teoria.

Neste mesmo sentido Fleury (13) entende que

Uma cultura democrática combinaria unidade e diversidade, liberdade e integração. Enquanto a cidadania implica a unidade generalizante e a integração na totalidade, a construção do sujeito é uma afirmação da diversidade e da sua liberdade de criação. A cidadania implica a filiação a uma cultura, o compartimento de valores e normas, assim como a legitimação e subordinação ao poder estatal que afiança o universalismo dos direitos.

A necessidade de participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde tem a sua diretriz ditada pela CF/88, como se observa da leitura do art. 198, III do referido texto legal. Esta orientação constitucional tem o condão de promover o exercício da cidadania e aperfeiçoamento da democracia em nosso país.

As ONGs são criadas para garantir que determinados direitos sejam garantidos, que determinados ideais sejam realizados. O assistencialismo que está sendo prestado remonta à primeira fase da evolução da saúde enquanto política moderna vivida até meados do século XIX, onde os mais pobres recebiam o atendimento de que necessitavam



em conformidade com a caridade daqueles que a prestavam e não porque tinham o direito de ser tratados, atendidos. Neste sentido Foucault (14), ensina

Na figura do pobre necessitado que merece hospitalização, a doença era apenas um dos elementos em um conjunto que compreendia a enfermidade, a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados.

As ONGs no DF vinculadas à saúde surgem no momento em que um determinado direito não está sendo cumprido, quando há uma transgressão de direitos, como advogadas em saúde – advocacy¹⁴ - das pessoas que não acessam a saúde. Elas vêm para garantir o acesso ao descumprimento de um direito fundamental: o direito à saúde. Neste entendimento Dallari (6) coloca que

as ONGs nascem quando algum direito é transgredido ou para firmar novos direitos, é da sua própria natureza desempenhar tal papel de modo permanente, uma vez que elas têm como finalidade melhorar as condições de vida intervindo em uma situação ou em uma política de saúde específica.

As ONGs no DF têm muito mais a fazer do que serem assistencialistas, para garantir o direito à saúde, como por exemplo, controlar a execução orçamentária, verificar se estão sendo gastos (aplicados) os 18,5% (dezoito e meio por cento) do orçamento anual na saúde. Buscar a aprovação de leis junto ao Poder Legislativo, inclusive através de iniciativa popular¹⁵, participar das audiências públicas, tudo na busca da proteção do direito à saúde e outros que a CF/88 permitir. O que vem em consonância com outras respostas encontradas na pesquisa.

Atendendo este sentimento Dallari (6) ensina que

é extremamente necessária a atuação do advogado em saúde nos casos em que o recurso financeiro é condição para a implementação de uma política de saúde. O Poder Judiciário abre um novo espaço de atuação para o advogado em saúde, principalmente quando for uma ONG.

As ONGs podem se utilizar de instrumentos democráticos para efetivar o direito à saúde no DF, uma vez que a advocacia em saúde está em voga e bem aceita por doutrinadores como Dallari, Delduque, Marques, entre outros. Uma vez que estamos em

¹⁴ Advocacia em saúde – tem sua origem no inglês – tem o significado de ações individuais e de grupos organizados que procuram influir sobre as autoridades e os partidos para que fiquem mais sensíveis às carências e necessidades diversas que emergem na sociedade.

¹⁵ Art. 61, §2º da CF



um Estado de Direito e a participação social é uma das diretrizes adotadas constitucionalmente, tal instituto é fundamental para desenvolver políticas públicas eficientes e que tornem o direito à saúde uma realidade.

Considerações finais

No processo democrático em que vivemos, as ONGs têm um papel fundamental a percorrer para garantir o direito à saúde no DF. Para tanto elas devem partir para uma reivindicação coletiva, onde a união dos grupos reivindicantes seja fator de fortalecimento, de forma que se façam ouvir, no processo de negociação com os poderes públicos, que façam a diferença. Elas devem se impor como *advocacy* da coletividade e em nome de todos reivindicar o direito à saúde, pois o Estado é o responsável por garantir a saúde para todos.

É assim que se fará com que o direito que se encontra no papel (direito positivado) efetive-se, garantindo a todos o acesso à saúde, como direito fundamental que deve ser prestado pelo Estado de forma digna respeitando o que preconiza a CF/88 e os ordenamentos jurídicos internacionais de que somos signatários.

Dentro de um Estado de Direito, não se pode falar em participação popular sem legitimação. A advocacia em Saúde é o caminho eficaz para agilizar a legitimação dos princípios essenciais elencados nas Cartas e Declarações e pela OMS, já que, como ela cuida de problemas específicos, acaba por dar sustentação à CF/88, no sentido de garantir a saúde. E por vez, promover o exercício da cidadania, trazendo a participação popular para definir a saúde que temos e a que queremos, participar da elaboração de políticas públicas na área da saúde em consonância com o que a coletividade precisa e quer.

Referências

1. Ramos, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (4): 1067-1078. 2004.
2. Dallari, SG. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *In: Revista Saúde Pública, São Paulo, 22 (94): 327-334, 1988*
3. Galvão, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.



3. Silva, JA. Curso de direito constitucional positivo. São Paulo: Malheiros, 2011.
4. Marques, SB. O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre direito, a política e a técnica médica. São Paulo: USP, 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011.
6. Dallari, SG. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *In: Revista Saúde Pública*, São Paulo, 30 (6): 592-601, 1996.
7. Marques, SB. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o Projeto de Lei nº 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. *In Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, 10: 64-86, 2009.
8. Campilongo, CF. Interpretação do direito e os movimentos sociais. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
9. Escorel, S; Nascimento DR; Coelho FE. AS Origens da Reforma Sanitária do SUS. Saúde e Democracia História Perspectiva do SUS. Lima et al, (org), Cidade: Rio de Janeiro, Ed., Fiocruz, 2005.
10. Marques, SB. A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo. São Paulo: USP, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2005.
11. Costa, AB e Sousa Junior, JG. O Direito Achado na Rua: uma ideia em movimento. *In Costa et al, (org.)*, Brasília: Ed. CEAD/UnB, 2008.
12. Lefevre, F. Lefevre, AM. O sujeito coletivo que fala. *Revista Interface*, 10(20): 517-524, 2006
13. Fleury, S. Cidadania e Esfera Pública. *In: Participação, Democracia e Saúde*. Fleury, S (org.), Rio de Janeiro. 2009 (Coleção Pensar em Saúde).
14. Foucault, M. A política de Saúde no Século XVIII. *In: Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001 b.
5. Tojal, SBB et al. Constituição dirigente de 1988 e o direito a saúde. Os 10 anos da Constituição Federal. São Paulo: Atlas, 1998.

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em: 24.7.2017

Como citar este artigo:

Cruz, RA. A reivindicação do direito à saúde pelas ONG do distrito federal: garantia de direito social ou assistencialismo? *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):30-47.



As responsabilidades dos entes federados contratualizadas no âmbito de uma região de saúde

Responsibilities of federated entities contracted within a health region

Las responsabilidades de las entidades federadas contratadas en una región de salud

Rommer Fabiano Mont-Morency Rosado Vieira¹

RESUMO: O Contrato Organizativo de Ação Pública na Saúde foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011 com o propósito de servir como um contrato entre entes políticos no âmbito de uma Região de Saúde. Ele se propõe a definir as responsabilidades de cada ente assumidas pelos respectivos chefes de executivo e secretários de saúde, além do Ministério da Saúde. Entretanto, suas características estão ora mais próximas de um convênio ou consórcio, ora mais próximas de um contrato. A força e a necessidade desse novo instrumento são discutidas, tendo em vista a existência de outros instrumentos já previstos para a regionalização cooperativa. Para o presente estudo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema e uma análise da legislação relacionada e confecção de uma minuta de contrato proposta para as regiões de saúde.

Palavras-chave: Saúde. Sistema Único de Saúde. Regionalização.

ABSTRACT: The Organisational contract of Public Health Action was established by the Presidential Decree No. 7.508/2011 for the purposes of serving as a contract between political entities within a Health Region. It defines the responsibilities to be delegated to the head of the executive branch and its undersecretary of health, as well as the Ministry of Health. However, its provisions are closer to an agreement or consortium, and, not rarely, those of a contract. The effectiveness and the need for such an instrument are discussed in the light of the existence of similar instruments previously adopted for cooperative regionalization. In order to analyze the main assumptions, a literature review and a review of related legislation were made, as well as a draft contract proposal for health regions.

Keywords: Health. Unified Health System. Regional Health Planning.

RESUMEN: El Contrato Organizativo de Acción Pública en la Salud fue instituido por el Decreto Presidencial nº 7.508 / 2011 con el propósito de servir como un instrumento legal entre los entes políticos en el ámbito de una Región de Salud. Se propone definir las responsabilidades de cada ente que son legalmente delegadas a los jefes del ejecutivo y los secretarios de salud, así como las del Ministerio de Salud. Sin embargo, sus provisiones están más próximas a las del convenio o consorcio, o mismo parecidas a las de un contrato. La ejecutividad y la necesidad de este nuevo instrumento son discutidas, teniendo en cuenta la existencia de otros instrumentos ya previstos para la regionalización cooperativa. Para el presente estudio se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema y un análisis de la legislación relacionada, así como la confección de un proyecto de propuesta de contrato para las regiones de salud.

¹ Especialista em Direito Sanitário. E-mail: rommer.vieira@saude.gov.br



Palabras llave: Salud. Sistema Único de Salud. Regionalización.

Introdução

O direito sanitário é uma área do conhecimento multidisciplinar, que visa estudar as questões sanitárias sob a perspectiva do direito, e o direito à saúde é um dos atributos essenciais do direito à vida, aparecendo na Constituição de 1988 como um dos pressupostos do Estado brasileiro, ao lado de outros direitos como o direito à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O direito à saúde é garantido pelo Estado brasileiro mediante formulação e implementação de políticas públicas e prestação de serviços públicos que garantam acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde (1). A garantia desse direito está positivada no artigo 196 da Carta Magna de 1988, bem como em regulamentação legal posterior, a exemplo da Lei Orgânica da Saúde, e em inúmeros outros esforços regulamentares infralegais como portarias do Ministério da Saúde e, recentemente, do Decreto Presidencial nº 7.508/2011.

Para viabilizar essa garantia, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizado e norteado segundo algumas diretrizes, positivadas no artigo 198, a saber: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Elas implicam na necessidade de integração do sistema em uma rede regionalizada e hierarquizada e em uma melhor articulação intrafederativa. Tal necessidade de associação entre entes havia sido levantada por Mendes (2).

As Normas Operacionais e o Pacto Pela Saúde figuram na série de modelos de pactuação entre entes federados que já existiram dentro de uma perspectiva municipalista que predominava na época de suas concepções. Entretanto, mais estudos são necessários no sentido de se compreender as razões dos insucessos do municipalismo.

Um novo instrumento com a pretensão de estabelecer uma relação contratual entre entes políticos no âmbito de uma região de saúde², o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), foi instituído por esse decreto, em que pese já existirem outros

² “Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (3).



instrumentos estabelecidos, a exemplo das associações públicas ou pessoas jurídicas de direito privado que constituem os consórcios.

O objetivo do presente artigo é discutir as características do COAP e analisar as responsabilidades dos entes federados que assinam este contrato, com vistas a identificar os mecanismos de responsabilização dos gestores pelas metas pactuadas.

Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica e análise documental. Para alcançar o objetivo proposto foram analisados prioritariamente a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e a Lei dos Consórcios Públicos, além do modelo de COAP com seus anexos, visando identificar as responsabilidades assumidas pelos entes federados contratualizados em uma região de saúde a partir da assinatura do COAP, bem como sobre os instrumentos de cooperação intrafederativa.

Tratou-se de uma pesquisa complexa tendo em vista à escassez e fragmentação teórica de material confiável para o estudo da contratualização advinda com a publicação do Decreto 7.508/2011.

Resultados

O SUS segue princípios e diretrizes próprias e nesses mais de 20 anos de existência evoluiu com várias regulamentações. Na tentativa de alcançar seus objetivos, o sistema vivenciou uma fase de intenso municipalismo, seguido do fortalecimento do pensar regional de sua organização. Essa regionalização, fruto da necessidade de economia de escala e escopo e das características dos entes da nossa federação, fez surgir arranjos regionais específicos como as Regiões de Saúde.

Tendo em vista a responsabilidade solidária entre os entes federados, prevista no artigo 23, II, da CF, a diretriz da descentralização, prevista no artigo 198 da CF, busca definir as responsabilidades entre os entes federados com transferência de poder decisório, de recursos e de gestão de prestadores para estados e municípios (4).

A regionalização, segundo Paim (5), representa a articulação intergestores na implementação de políticas, ações e serviços de saúde com vistas a garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. “Significa organizar os



serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento” (5). A hierarquização, por sua vez, diz respeito à busca do ordenamento do sistema por níveis de atenção e pelo estabelecimento de fluxos assistenciais entre os serviços, de modo a regular o acesso aos mais especializados (6)

Essas diretrizes e princípios devem ser seguidos por todos os municípios, estados, Distrito Federal e União. Não se admitindo em nossa federação que o governo federal obrigue os demais entes a realizar qualquer ação em seu território sob o risco de ruptura do pacto constitucionalmente estabelecido (4).

Entretanto, constitui um desafio para a articulação intrafederativa a compatibilização da atuação das esferas de governo brasileiras, ao mesmo tempo autônomas e solidariamente responsáveis pela prestação de serviços de saúde, e do exercício do governo autônomo com a interdependência entre governos, tendo em vista complexidade que envolve os cuidados e prestações de saúde, que extrapolam os limites geográficos, orçamentários e políticos dos entes federados. Para superar tal complexidade, os arranjos intrafederativos são necessários e vários destes já existem em nosso ordenamento jurídico.

Pouco tempo depois da promulgação da Carta Constitucional de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, veio iniciar a regulamentação do SUS. As duas décadas seguintes à publicação da Lei Orgânica da Saúde foram marcadas por regulamentações através de portarias e outros atos normativos que, além de deixarem uma lacuna jurídica, geraram uma insegurança jurídica (7).

Paralelamente à evolução da regulamentação específica do SUS, aconteceu à das relações associativas intrafederativas, culminando na Lei dos Consórcios³, em 2005. Essa lei dispõe sobre a contratação de consórcios públicos, instrumento de associação intrafederativa.

Na saúde, para preencher esse espaço e aprimorar a regulamentação do SUS, a Presidente Dilma Rousseff assina, em junho de 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011. Esse decreto regulamenta a Lei nº 8.080/1990, em especial quanto à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação intrafederativa. Dentre as inovações que esse decreto trouxe, consta um instrumento de

³ Lei Nº 11.107 de 04 de abril de 2005.



contratualização entre entes federativos cujo objetivo maior é organizar o sistema. Trata-se do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) definido como:

um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (3).

A estrutura de uma minuta de COAP foi apresentada e aprovada na 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite de 15 de dezembro de 2011. As contratualizações entre entes federados no âmbito de uma região de saúde deverão basear-se nessa minuta, sem detrimento de futuros aperfeiçoamentos.

As ações e serviços desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na busca da concretização do direito à saúde envolvem a participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A competência em prestar serviços de atendimento à saúde ficou com os municípios, em que pese contarem com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (8).

Tais iniciativas do Estado brasileiro para a prestação de serviços de saúde convergem para e devem se articular em um mesmo espaço territorial contínuo denominado região de saúde.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) afirma que “é preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos respectivos gestores do SUS ao definir as Regiões de Saúde” (3).

Atualmente, o Brasil possui 435 Regiões de Saúde (9) constituídas pelos estados, em articulação com seus municípios, por meio de Resoluções pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). É importante ressaltar que até agora não existem regiões de saúde interestaduais.

Portanto, um pensar regional da saúde se mostra necessário, tendo em vista as questões sanitárias ultrapassarem as capacidades das gestões municipais. Outra necessidade é a de se registrar os acordos e pactuações firmadas pelos entes e gestores.



Nesse sentido, o COAP surge como mais um instrumento, cabendo destacar que outros instrumentos de contratualização já existem há muito tempo em nosso ordenamento jurídico, a exemplo dos consórcios e convênios, entretanto foram pouco utilizados.

Cabe ressaltar que, no modelo inicial de assistência municipalista (2), o município expande a assistência à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. A quebra desse paradigma de municipalização autárquica veio com o advento do paradigma da regionalização cooperativa que propõe o reconhecimento de “um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde” (2), fazem a gestão compartilhada da saúde.

Mendes & Silva (2) assim vislumbraram esse arranjo intrafederativo sanitário:

Ao se associarem, os municípios da microrregião devem constituir um sistema microrregional de serviços de saúde – sob a forma de uma rede de atenção à saúde –, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde.

Esse paradigma da regionalização cooperativa baseia-se no “princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal” (2) e outro componente, o gerencial, “explicita-se em mecanismos de planejamento, controle e avaliação compartilhados de redes microrregionais de atenção à saúde” (2).

Ainda segundo Mendes & Silva (2), o paradigma da regionalização cooperativa não apresenta semelhante na experiência internacional e, em razão disso, deverá ser construído em nosso País.

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), anunciado como instrumento de gestão juridicamente mais seguro (7), pretende organizar o sistema e definir claramente as responsabilidades sanitárias e de financiamento da União, dos estados e dos municípios no âmbito de uma região de saúde.

Para além do COAP, outras formas de agregação intrafederativa como os consórcios e convênios são possíveis (8).

Além disso, a natureza peculiar organizativa do COAP reafirma a regionalização das ações e serviços públicos de saúde e a necessidade do desenvolvimento regional como



caminho viável para a garantia do direito à saúde, fato que não pode ser conseguido por nenhum dos entes da federação isolada e desarticuladamente, ou seja, nenhum município “por si só será capaz de garantir ao seu município todas as suas necessidades de saúde, devendo buscar a integralidade da atenção à saúde dentro do sistema de saúde” (9).

A palavra contrato pode ser entendida como o vínculo jurídico das vontades de partes interessadas com vistas a um objeto específico (10). Etimologicamente vem de *contrahere* e conduz a *contractus*, que significa ajuste, convenção ou pacto, sendo um acordo de vontades criador de direitos e obrigações. “Contrato é o acordo de vontade entre duas ou mais pessoas com a finalidade de adquirir, resguardar, modificar, transferir ou extinguir direitos” (10).

Os contratos da Administração, segundo Di Pietro (11), incluem todos os contratos celebrados pela Administração Pública, seja qual for o regime de direito.

Di Pietro (11) define contrato administrativo como os

ajustes que a Administração, nessa qualidade, celebra com pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, para a consecução de fins públicos, segundo regime jurídico de direito público.

Os contratos administrativos seguem alguns princípios gerais, dentre os quais tem-se: presença da Administração Pública como Poder Público; finalidade pública, obediência à forma prescrita em lei; procedimento legal; natureza de contrato de adesão, natureza *intuitu personae*; presença de cláusulas exorbitantes e mutabilidade (11).

As chamadas cláusulas exorbitantes refletem a posição de superioridade da administração pública na relação estabelecida por um contrato administrativo. Entretanto, a outra parte signatária não perde sua autonomia em consensuar ou não o vínculo (12). As normas gerais dos contratos administrativos estão presentes na Lei nº 8.666/1993.

São duas, portanto, as modalidades de contratos administrativos que Administração pode firmar: os contratos administrativos propriamente ditos e os contratos administrativos atípicos ou contrato de direito privado. Nesse, a Administração está de certa forma nivelada com a outra parte signatária, sendo regido pelo regime jurídico de direito privado (12).



Já os contratos organizativos visam a promoção de uma estrutura de bens e a organização do esforço de pessoas para o desempenho de atividades de interesse comum (13).

Nessa linha, Santos (9) considera que o contrato organizativo busca uma finalidade única, não pretendendo as partes envolvidas (os entes federativos) nenhum proveito além da melhora de seu desempenho público. A vantagem está no resultado obtido pela soma das partes que passam a ter suas obrigações, responsabilidades e financiamento melhor definidos e explicitado.

Segundo Aguiar (7), pode-se afirmar ainda que o COAP garantirá uma gestão compartilhada possuidora de segurança jurídica, maior transparência e solidariedade entre os entes federativos.

O termo consórcio vem da expressão latina *consortiu* que tem o significado de associação, ligação, união (14). As atividades a serem realizadas em regime de consorciamento são regidas pelo princípio da cooperação entre os entes federados.

Inicialmente, fazia-se a distinção entre Consórcio Público, que significavam necessariamente a criação de uma nova pessoa jurídica, e Consórcio Administrativo, que era uma organização administrativa municipal despessoalizada (14). Já para Vianna (14) não havia tal distinção, sendo ambas as expressões sinônimas e significando os acordos firmados entre estatais, autarquias ou para-estatais de mesma espécie.

A Lei Federal nº 11.107/2007 sepultou a discussão sobre a necessidade dos consórcios serem ou não dotados de personalidade jurídica ao estabelecer que os mesmos constituam uma associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

Sobre os consórcios públicos, posiciona-se Di Pietro (11):

Do exposto decorre que o chamado consórcio público passa a constituir-se em nova espécie de entidade da Administração Indireta de todos os entes federados que dele participarem. Embora o art. 6º só faça essa previsão com relação aos consórcios constituídos como pessoas jurídicas de direito público, é evidente que o mesmo ocorrerá com os que tenham personalidade de direito privado. Não há como uma pessoa jurídica política (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) instituir pessoa jurídica administrativa para desempenhar atividades próprias do ente instituidor e deixá-la fora do âmbito de atuação do Estado, como se tivesse sido instituída pela iniciativa privada.



Com relação aos convênios, Justein Filho (13) afirma que neles:

Duas ou mais pessoas políticas podem disciplinar o exercício conjugado de atribuições, definindo fins comuns a serem atingidos por meio da aplicação coordenada de recursos próprios. Não há interesses contrapostos entre os partícipes. A atuação jurídica não se consubstancia em permuta de bens. Ao contrário, verifica-se homogeneidade de interesses. Cada associado colabora para obtenção do fim comum, exercitando atividades que se enquadram na própria competência ou desempenhando atribuições que, teoricamente, enquadrar-se-iam em competência alheia. Enfim, diversas pessoas estatais reúnem esforços e recursos para prestação de determinado serviço que interessa a todas elas.

Ainda segundo Justein Filho (12), todas as “hipóteses de conjugação de esforços administrativos entre entes políticos federais distintos pressupõem uma espécie de convênio, ainda que implícito”.

Portanto, o COAP mais se assemelha aos convênios que aos consórcios. Ele não se enquadra como um contrato administrativo típico, ficando dentro do grupo dos contratos organizativos. O Decreto Presidencial nº 7.508/2011 trouxe essa tentativa de inovação jurídica no sentido de melhor organizar o sistema através de contratos organizativos. Entretanto, consideramos o COAP dentro do grupo dos convênios e estes, conforme Di Pietro (11), não constituem uma modalidade contrato e objetivam interesses comuns.

Nosso pacto federativo define a necessidade de cooperação e de complementariedade entre os entes (4), devendo a responsabilidade solidária garantir a prestação de serviços públicos.

A responsabilidade civil dos entes estatais decorrente da prestação dos serviços de saúde é sempre objetiva. Essa responsabilidade objetiva do Estado “implica averiguar se o dano teve como causa o funcionamento de um serviço público” (11). Não podendo, portanto, o Poder Público furtar-se a reparação os danos causados aos administrados quando não possui uma máquina pública suficientemente organizada e com isso não concretiza o direito à saúde do paciente de ser atendido na espera de cuidado de saúde.

Para além da responsabilidade civil do Estado existe a administrativa, a penal e a sanitária. Esta foi prevista pela Constituição federal de 1988 e através de processo legislativo será instituída em nosso ordenamento jurídico (7) como uma lei de responsabilidade sanitária.



Segundo Mendes (2), a responsabilização inequívoca pela saúde da população deverá ser facilmente identificável no SUS. Com essa identificação das responsabilidades federativas feitas, os cidadãos poderão “se localizar nas agendas da saúde, votar com mais consciência e exercitar melhor o controle social” (2).

Na regionalização cooperativa, essa responsabilização inequívoca deve ser conseguida pela definição de competências, minimizando os conflitos, permitindo que os diferentes atores sociais do SUS saibam “quem é responsável por quais ações, o que é fundamental para que o SUS seja um espaço de construção democrática, tal como foi concebido juridicamente” (2).

Ficam a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os municípios com a de obrigação de promover a saúde pública de forma solidária (15). Dessa forma, cabe aos Chefes do Poder Executivo de cada um desses entes, e aos respectivos secretários de saúde, a responsabilidade pela gestão compartilhada da saúde pública.

Entretanto, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único (8). A diretriz da descentralização não retira a responsabilidade da União e dos estados e nem tem como propósito sobrecarregar municípios. Ela redefine responsabilidades entre os entes (4). Arranjos regionalizados surgem em decorrência da concentração geográficas de serviços mais complexos, das diferenças de porte populacional e de condições político-institucionais de nossos entes federativos (4).

A integralidade, por sua vez, constitui um desafio que transcende a capacidade isolada da quase totalidade de nossos entes federados. Diferentemente da assistência social, onde até pode se falar em mínimos existenciais (16), viabilizados por meio de renda mínima, bolsa escola, etc., na saúde não se admite mínimos.

O padrão de integralidade, definido como uma escolha que a sociedade e o Poder Público podem fazer para estabelecer conjuntamente o rol de serviços que o SUS vai garantir a toda a sociedade (16), é um desafio para os diferentes entes federados e para o SUS. A Lei Nº 12.401/2011 redefiniu a assistência terapêutica integral como:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser



tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. ” (3).

Estes fatores forçam o rompimento dos limites administrativos dos municípios, gerando uma interdependência significativa entre governos (4) dotados constitucionalmente de autonomia. O equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos governos pode ser alcançado por meio da coordenação intrafederativa (4) viabilizada pela articulação entre diferentes instâncias governamentais na gestão de políticas públicas de saúde.

O Decreto nº 7.508/2011 e a Resolução CIT nº 03/2012 estabelecem que o objeto do COAP será a integração e a interação das ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma Região de Saúde em rede de atenção à saúde.

No modelo sugerido de COAP, podemos encontrar quatro tipos de responsabilidades: organizativas, executivas, orçamentárias e financeiras e as de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria.

As responsabilidades organizativas dizem respeito à organização do sistema no âmbito da região de saúde. Trazem os princípios e diretrizes do SUS, as diretrizes sobre a conformação de redes de atenção à saúde, a integralidade e programação das ações e serviços, ao controle social, ao acesso ordenado, à articulação intrafederativa, governança, monitoramento, avaliação de desempenho, publicidade e auditoria, financiamento e sanções administrativas (7).

As responsabilidades executivas são baseadas nas diretrizes nacionais de saúde, estabelecidas na XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, sendo de cumprimento obrigatório pelos entes signatários. Diretrizes estaduais poderão ser incorporadas. Cada diretriz apresenta objetivos regionais a serem alcançados e medidos por metas regionais plurianuais e anuais definidas para determinados indicadores. A parcela de responsabilidade de cada município da região de saúde no alcance de tais metas é explicitada. Como anexos do COAP estão o Mapa da Saúde, a Relação Nacional



de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (3).

Os indicadores presentes no COAP são classificados em universais, específicos e complementares, conforme estejam ou não definidos para todas as regiões de saúde (3).

As responsabilidades orçamentárias e financeiras expressam os compromissos orçamentários e financeiros assumidos por cada ente para a viabilização do alcance das metas regionais.

As responsabilidades de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria serão executados pelos entes federativos, individualmente ou não, na região de saúde. Já o prazo de vigência do COAP é de 04 anos, preferencialmente.

A partir dessas responsabilidades contratualizadas e definidas regionalmente para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, acredita-se num ganho em organização do sistema que, por sua vez, refletirá em aumento da qualidade dos serviços de saúde e na garantia de que o direito à saúde estará sendo buscado de forma mais eficiente.

As sanções previstas no COAP para os entes são apenas administrativas, sendo definido na cláusula décima-quinta que o descumprimento de qualquer das cláusulas e condições previstas no COAP será objeto de discussão na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Norteia essa discussão o alcance da regularização da situação mediante termo aditivo que disporá sobre prazos e formas de cumprimento das cláusulas e condições contratuais não cumpridas, quando então o ente signatário responsável pela transferência de recursos financeiros em relação à cláusula em condição não cumprida, deverá ser ouvido obrigatoriamente nas comissões intergestores.

Assim, no caso de descumprimento do COAP, uma comunicação formal dessa situação à CIR e à CIB poderá ser feita por qualquer dos entes signatários. Essas comissões ficam encarregadas da notificação dos entes inadimplentes para que os mesmos apresentem as suas justificativas (3).

Seja qual for a situação de descumprimento das cláusulas, condições e programações do COAP, haverá a participação de todos os entes signatários na CIR e na CIB para a devida negociação.



O COAP proposto ainda estabelece um fluxo para os dissensos nas comissões intergestores:

- I - em caso de dissensos na CIR, os entes signatários deste contrato, poderão encaminhar recurso à CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e
- II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os entes signatários poderão encaminhar o recurso à CIT;
- III- As Comissões Intergestores deverão observar o prazo de até 45 dias contados a partir da data do protocolo para tramitação, análise, discussão e posicionamento sobre o dissenso;
- IV – Transcorrido o prazo sem apreciação, os signatários poderão enviá-lo para a instância seguinte (3).

Persistindo o descumprimento dentro dos novos prazos estabelecidos no termo aditivo, o ente que não justificar a sua falta, terá os recursos correspondentes à sua situação identificada suspenso. Ainda segundo a Minuta COAP, a realocação dos recursos será pelo período correspondente ao descumprimento apurado e em valores que correspondam às ações e aos serviços não executados.

Durante essa realocação de recursos, um plano de atendimento à saúde da população do território relacionado será discutido na CIR/CIB. Nessa ocasião, definem-se quais (ou qual), entes federativos ficarão responsáveis pelo recebimento dos recursos durante o prazo de inadimplência contratual. Segue-se a esta definição a realocação dos recursos, na região de saúde ou no Estado, após o esgotamento das tentativas de reajustamento.

Caso seja constatada impropriedade ou irregularidade da aplicação de recursos, o resultado da auditoria será encaminhado à autoridade competente para providências cabíveis, bem como comunicado às comissões intergestores. Outros encaminhamentos são possíveis, mas não foram especificados na Minuta do COAP.

Considerações finais

Mesmo com o advento do paradigma da regionalização cooperativa, a integração e a articulação entre ações de atenção básica, de média e de alta complexidade e os níveis de governo de nossa federação persistem como um desafio para a organização do sistema ainda presente. A concretização da regionalização cooperativa exige, portanto, arranjos intrafederativos pactuados e acordados.



Na busca dessa articulação intrafederativa, várias formas de agregação intrafederativa são possíveis e estão disponíveis há muito tempo em nosso ordenamento jurídico e os convênios e consórcios são exemplos disso. Portanto, não necessariamente haveria a necessidade de se pensar em uma nova forma jurídica, pois os instrumentos disponíveis antes do COAP, a exemplo dos consórcios públicos, poderiam ser já suficientes para dar um caráter contratual aos compromissos assumidos pelos entes federados no âmbito de uma região de saúde com vistas à regionalização cooperativa.

Seja qual for o instrumento, a necessidade de mecanismos de associação e contratualização intrafederativa integrados em um processo de regionalização cooperativa já havia sido defendida por Mendes antes mesmo do advento da Lei dos Consórcios e do COAP. Neste ponto e diante dessa necessidade, mais estudos são necessários para se compreender as razões da baixa utilização de todos esses instrumentos.

No entanto, a natureza jurídica confusa do COAP pode não colaborar para a responsabilização dos entes pelos compromissos assumidos. Além disso, a expressão contrato não está sendo utilizada em seu sentido primordial, pois o COAP não se configura num contrato de fato, tendo em vista as características discutidas anteriormente.

Por outro lado, o COAP é descrito como um “contrato” organizativo e não um contrato comutativo, ou seja, um acordo de vontades gerador de direitos e obrigações para as partes contratantes (SANTOS, 2011). Sendo assim, o COAP também não se enquadra como consórcio público, pois não há a partir de sua assinatura a criação de uma personalidade jurídica, embora também tenha o mesmo propósito dos consórcios públicos de “estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum” (VIANA, 2008, p.5).

Portanto, o COAP mais se assemelha aos convênios do que aos consórcios, pois representa “um acordo de colaboração firmado entre entes federativos” (BRASIL, 2011).

Quanto à sua maior segurança jurídica, a expressão contrato carrega consigo um sentido de força que pode não estar presente em tais contratos organizativos, ainda mais que os tipos de responsabilidades e penalidades previstas no COAP ficam restritas à esfera administrativa, sendo resolvidas no âmbito das instâncias de governança intergestoras do SUS.

Seja qual for sua natureza jurídica, o que deve ser objeto de mais estudos, a contratualização proposta pelo Decreto 7.508/2011 pretende ser um instrumento normativo



que define a distribuição de funções e competências gestoras para um conjunto de entes mais particularmente interligados por externalidades sanitárias recíprocas.

O COAP surge como mais um instrumento para o SUS, entretanto, sua natureza precisa ser melhor definida no campo instrumentos de cooperação institucional intrafederativa. Da mesma forma, algumas responsabilidades, para além das previstas na minuta COAP, precisam ser explicitadas.

Outro ponto discutível e que merece mais estudos é a questão das penalidades a serem impostas aos entes políticos e aos gestores que assinam tal contrato. Elas não estão claras ou fortemente definidas na minuta, principalmente para os gestores, ficando restritas à esfera administrativa. Talvez uma lei de responsabilidade sanitária venha a responder este ponto, melhorando as penalidades propostas e responsabilizando de fato os gestores que assumem para seus entes políticos compromissos sanitários perante outros entes políticos e à própria sociedade.

Sendo assim, podemos questionar se o COAP traz consigo algum diferencial em relação aos instrumentos de cooperação intrafederativa já estabelecidos. Percebemos que de tempos em tempos o SUS é apresentado com instrumentos e modelos, fruto de novas ideias, para solucionar uma questão e com o passar dos anos e dos governos essa questão continua sem solução. Foi assim com os ciclos das Normas Operacionais e com o Pacto pela Saúde.

Isso nos leva a refletir se o COAP será insuficiente para os problemas do SUS. E, ainda, sobre como será o SUS, com ou sem o COAP, daqui a algum tempo e mais, sobre a necessidade de se investir em instrumentos que já existem ou na criação de novos instrumentos. Será esse realmente o problema? No Brasil tendemos a criar sempre uma lei ou um novo modelo e o problema nunca acaba sendo resolvido. Surge apenas uma nova regulamentação, um novo “pacote” da saúde e o problema persiste.

Dessa forma, entendemos que nossa federação já dispõe de mecanismos e instrumentos jurídicos e de planejamento suficientes para a cooperação dos entes políticos, cabendo aos gestores usá-los de fato para que o SUS possa proporcionar a grande promessa constitucional para a saúde.



Referências

1. Delduque, MC.; Marques, SB. O Direito Social à saúde deve ser garantido por políticas públicas e decisões sociais. *In: Temas Atuais de Direito Sanitário*, Delduque, MC et al. (org.), Brasília: CEAD/FUB, 2009.
2. Mendes, EV. Silva, MVCP. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2004. 80 pags. Disponível na internet na URL: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf. [Acesso em 15.out.2012].
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 224 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1.
4. Lima, LD. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. *In: Direito Sanitário*, Asensi, FD *et al.* (org.), Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 131-161.
6. Quinellato, LV. A Diretriz de Hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico assistencial privatista. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado - FGV, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2009.
7. Aguiar, LOF. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: uma análise à luz do direito sanitário. Brasília: Monografia de Especialização - FIOCRUZ, Programa de Direito Sanitário, 2012.
9. Santos, L.; Andrade, LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16:1671-1680, 2011.
10. Miranda, MB. Teoria Geral dos Contratos. *Revista Virtual Direito Brasil*, São Paulo, v. 2, p. 01-15, 2008. [Disponível na internet na URL: http://www.direitobrasil.adv.br/index_arquivos/Page1897.htm. [Acesso em 29.nov.2012]
12. Barchet, G. *Direito Administrativo*. Rio de Janeiro. Elsevier. 2009.
13. Justen Filho, M. Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico. Brasília. 2005.] Disponível na internet na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_72/pareceres/saneamento_complementar_MarcusJustenFilho_1.pdf. [Acesso em 12.out.2012].
14. Viana, PR. A duplicidade de regimes jurídicos dos consórcios públicos em sua legislação reguladora e a sua incompatibilidade em face do sistema jurídico vigente. Porto Alegre. 2008. Disponível na internet na URL: http://www.rzoconsultoria.com.br/artigo_desc.php?id=44. [Acesso em 6.nov.2012].
15. Torres, FCD. Direito à saúde e a responsabilidade solidária dos entes federativos. *Conteúdo Jurídico*. 2012. Disponível na internet na URL:



<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.35767&seo=1>. [Acesso em 29.nov.2012]

8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2011.

16. Santos, Lenir. O Direito à Saúde no Brasil. Campinas. Saberes. 2010.

11. Di Pietro, MSZ. Direito Administrativo. São Paulo. Atlas. 2011.

5.Paim, JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002

9. Brasil. Lei federal nº 11401 de 28 de abril de 2012. Disponível na internet na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. [Acesso em 28.nov.2012]

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em:23.7.2017

Como citar este artigo:

Vieira, RFMMR. As responsabilidades dos entes federados contratualizadas no âmbito de uma região de saúde. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):48-64.



O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais

The right to health in Brazil: from the 1988 democratization to the neoliberalism of exception of the present times

El derecho a la salud en Brasil: de la redemocratización constitucional al neoliberalismo de excepción de los tiempos actuales

Jarbas Ricardo Almeida Cunha¹

RESUMO: Objetivo - Delinear o histórico juspolítico do Direito à Saúde no Brasil em quatro fases da Nova República, desde sua redemocratização dos anos 1980 até a conjuntura constitucional hodierna. **Metodologia** - Utiliza-se a revisão de literatura de tipo narrativa com a finalidade de analisar o estado da arte do Direito à Saúde no Brasil. **Resultados** - O histórico juspolítico do Direito à Saúde constitucionalizado no Brasil é influenciado por uma disputa ideopolítica que fornece como resultado alguns avanços e muitos retrocessos em relação ao projeto do SUS Constitucional. **Conclusão** - É preciso recolocar na pauta nacional a defesa da efetivação do Direito à Saúde no Brasil, afirmando os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave: Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Democracia.

ABSTRACT: Objective - By dividing the recent history in four phases from the 1988 democratization to the present, the paper aims to explore the legal and political aspects of describe the Right to Health in Brazil. **Methods** - A narrative literature review is used to organize the development of the debate about the Right to Health in Brazil. **Results** - From a historic standpoint, the legal and political aspects of the Constitutional Right to Health in Brazil is influenced by an ideologic dispute that results in a few advances and many setbacks in relation to the original Constitutional Project of SUS. **Conclusion** - It is necessary to reinforce a national agenda for the defense of the Right to Health in Brazil, one which affirms the objectives, principles and guidelines of the Unified Public Health System.

Keywords: Right to Health. Unified Health System. Democracy.

RESUMEN: Objetivo - Delinear el histórico juspolítico del Derecho a la Salud en Brasil en cuatro fases de la Nueva República, desde su redemocratización de los años 1980 hasta la coyuntura constitucional actual. **Metodología** - Se utiliza la revisión de literatura de tipo narrativa con la finalidad de analizar el estado del arte del Derecho a la Salud en Brasil. **Resultados** - El histórico juspolítico del Derecho a la Salud constitucionalizado en Brasil es influenciado por una disputa ideopolítica que proporciona como resultado algunos avances y muchos retrocesos en relación al proyecto del SUS Constitucional. **Conclusión** - Es necesario volver a colocar en la pauta nacional la defensa de la efectividad del Derecho a

¹ Doutorando em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB). Graduação em Direito pela Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP, especialização em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e Mestrado em Política Social pela Universidade de Brasília - UnB. Núcleo de Saúde - Defensoria Pública da União (DPU/RS). E-mail: jarbas.ricardo@yahoo.com.br.



la Salud en Brasil, afirmando los objetivos, principios y directrices del Sistema Único de Salud.

Palabras-clave: Derecho a la Salud. Sistema Único de Salud. Democracia.

Introdução

Este artigo se propõe a sistematizar e a analisar o percurso do Direito à Saúde em nosso país, desde a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) constitucional até a atualidade de um SUS Pós-Constitucional, destacando seus avanços democráticos e participativos permeados por retrocessos institucionais em seu permanente exercício de efetivação na sociedade brasileira.

Pretende-se neste trabalho percorrer o histórico juspolítico de formação do Direito à Saúde no Brasil analisando quatro fases: a) o período da redemocratização constitucional dos anos 1980; b) o neoliberalismo clássico dos anos 1990; c) os anos de auge e declínio dos governos do Partido dos Trabalhadores nos anos 2000 e; d) os tempos atuais do neoliberalismo de exceção.

Para cumprirmos com a finalidade deste artigo, utilizaremos a metodologia da revisão de literatura de tipo narrativa, em que consiste relatar “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (1).

Nesta revisão narrativa, utiliza-se livros, artigos científicos, doutrina, jurisprudência e um conjunto de normativos, além de alguns documentos jurídicos, sempre em uma tentativa de análise crítica pessoal do autor.

Os anos 1980: redemocratização, reforma sanitária brasileira e constitucionalização do direito à saúde

A redemocratização e o movimento da reforma sanitária brasileira

Antes da promulgação da Constituição de 1988 - em que pesem tímidos avanços institucionais - as políticas públicas de saúde tinham como objetivo principal propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital e, dialogando com este modelo, o setor sanitário brasileiro era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, sem prioridade para políticas públicas de saúde com sentido de universalidade, integralidade e equidade.



Para mudar esse quadro no Brasil, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP's)² foram o principal instrumento de apoio para a criação do movimento sanitário com o intuito de unir a teoria à prática da política de saúde em um direcionamento preventivista, de forma dialética, apreendendo os aspectos e contextos políticos, econômicos, sociais e culturais que abarcavam a saúde de forma direta e indireta na política pública.

Nos anos 1970, em plena ditadura militar³, havia três correntes do pensamento sanitário no ambiente dos DMP's : 1) liberal, caracterizado pela defesa da suposta neutralidade da ciência, com foco no indivíduo e prevalência do setor privado; 2) racionalizador, que almejava uma interação entre a gestão institucionalizada via secretarias de saúde com universidades de pensamento crítico para sintetizar uma proposta viável de saúde pública para a população e; 3) médico-social, com pensamento heterodoxo e de enfrentamento à situação vigente, propondo a teoria como instrumento de luta política, o processo saúde-doença como totalidade, delimitação do campo da saúde coletiva, desmedicalização e controle popular, demandas combinadas com a luta pelo reestabelecimento democrático (2).

Nesse período, a ditadura militar se encontrava numa crise de legitimidade e precisava implementar políticas públicas de saúde para amenizar as desigualdades causadas principalmente pelos anos de chumbo⁴ e seu falacioso milagre econômico⁵. Nesta brecha aberta pelo Estado, ativistas sanitários começaram a ocupar postos estratégicos para que, utilizando uma postura gramsciana⁶, influenciasse de dentro para

² Os DMP's foram criados na década de 1950 e se consolidaram com a Lei da Reforma Universitária de 1968 (Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968) que, apesar de seu caráter ditatorial e repressivo, tornou a criação dos DMP's obrigatória nas universidades brasileiras. Por uma ironia da história, o ambiente dos DMP's serviu de laboratório para o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1970 e, principalmente, com a redemocratização dos anos 1980. Atualmente, a Lei da Reforma Universitária encontra-se revogada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

³ Não utilizo o termo ditadura civil-militar, ultimamente bem difundido, pois receio a diluição da expressão ditadura militar, já que no período (1964-1985) o alto comando das forças armadas ocupava todo o aparato da estrutura e superestrutura do Estado sendo responsável direto pelos crimes de lesa-humanidade – torturas, execuções, desaparecimentos etc.

⁴ “Anos de Chumbo” refere-se ao período de maior repressão e endurecimento da ditadura militar, geralmente entre a edição do Ato Institucional nº 5 (AI-5), de 13 de dezembro de 1968 até o fim do Governo Médici em 1974.

⁵ Período que coincidiu com os anos de chumbo (1968-1974) em que o PIB brasileiro cresceu entre 9,8% (1968) e 13,6% (1973). E, que, segundo Cunha (2016) demonstrou “...não ter havido coincidência entre o aumento das taxas de crescimento econômico com extrema desigualdade social e o aumento das prisões, torturas e assassinatos cometidos pela Ditadura de Estado...” (p. 31).

⁶ Antônio Gramsci (1891-1937), pensador e militante marxista revolucionário italiano e uma das maiores influências da Reforma Sanitária, acreditava na disputa da hegemonia por dentro do aparelho da superestrutura do Estado, em uma tentativa de consolidação de sua influência ideológica perante a sociedade civil. Muito simplificada, essa descrição é a tal “postura gramsciana” a qual me refiro.



fora (“centrifugamente”) a lógica de atuação estatal. Essa tática obteve bastante êxito com programas como o Projeto Montes Claros (MOC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

O Projeto Montes Claros (MOC) foi implementado no início da década de 1970 na cidade de mesmo nome situada no norte de Minas Gerais, e pode-se dizer que foi o precursor do Sistema Único de Saúde (SUS) pois sua atuação era realizada de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada, com administração democrática e eficiente com participação popular, integralidade de assistência sanitária e atendimento por auxiliares de saúde. O MOC foi uma escola de quadros para o que viria a ser o movimento de Reforma Sanitária brasileiro (3).

Já o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)⁷, elaborado pelo setor de saúde do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), objetivava a interiorização sanitária por meio dos programas de extensão propostos pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Sua atuação estava centrada principalmente nos grotões do país, onde não havia interesse do mercado privado de saúde. Continha diretrizes parecidas com as do MOC, como universalização, descentralização, acessibilidade, integralidade e participação comunitária. Instalava rede de minipostos contratando auxiliares da saúde das próprias regiões atendidas. Podemos considerar que o Piass foi precursor do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) (4).

Esse acúmulo de atuação contribuiu para a origem do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), com toda a dinâmica de luta característica de movimento social, assumido por intelectuais-militantes como Sérgio Arouca⁸ e David Capistrano Filho⁹, por trabalhadores, usuários e gestores da saúde coletiva; artistas, ativistas e partidos políticos

⁷ O Piass foi consolidado, ampliado e expandido a todo território nacional com a publicação do Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 16 de junho de 2017.

⁸ Sérgio Arouca (1941-2003) foi um dos maiores nomes da Reforma Sanitária Brasileira, tendo atuação não somente no Brasil mas em vários países da América Latina, influenciando e influenciado pelos sistemas de saúde mais progressistas da época, a exemplo do sistema cubano. Foi um dos maiores sistematizadores e ideólogos da Saúde Coletiva brasileira e do Sistema Único de Saúde – SUS, além de professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e político de alta envergadura em defesa do Direito à Saúde.

⁹ David Capistrano Filho (1948-2000) também foi grande líder da consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, desenvolvendo ações sanitárias importantes enquanto secretário de saúde e, conseqüentemente, prefeito da cidade de Santos no final da década de 1980, dando impulso à ideias matriciais do SUS. Implementou uma gestão exemplar, como a campanha pela conscientização e prevenção sobre o vírus HIV, o programa de combate à cárie infantil, a atuação em prol da Reforma Psiquiátrica, a importância de se ter um orçamento sanitário robusto, enfim, ações e modelos de gestão que se tornaram referências para a afirmação do SUS em nosso país.



constituindo-se numa ideia-síntese que se fortaleceu no final da década de 1970 e, principalmente, no decorrer da década de 1980, com a luta pela redemocratização.

No impulso deste movimento de liberdade e contestação surgiram diversos grupos sociais que ratificaram a luta pela saúde como as já históricas entidades do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁰, em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO)¹¹, em 1979, acentuando o debate político-ideológico sobre as pautas e demandas da política pública de saúde em prol da sociedade brasileira.

Seguindo a mesma toada, com a conjuntura pró-redemocratização do Brasil nos anos 1980, iniciam-se consideráveis avanços na participação popular, como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS)¹² e, em 1986, o Movimento pela Reforma Sanitária conseguiu uma importante vitória com a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), ocasião em que foi debatida não só a importância de um Sistema Único de Saúde (SUS), mas também um debate mais amplo em torno de uma Reforma Sanitária, com a constitucionalização do direito à saúde (5).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) foi realizada em Brasília e contou com a presença de quatro mil pessoas sendo o evento institucional de maior relevância durante o período da denominada Nova República (6). O documento final foi resultado de três dias de debate nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), discutindo a seguinte temática e seus desdobramentos: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde (resultando posteriormente no SUS) e financiamento/fundo público (7).

A Assembleia Nacional Constituinte realizada entre 1987 e 1988 equalizou as demandas da 8ª CNS em uma disputa ideológica que refletia, nas peculiaridades de um país de modernização conservadora (8), a influência do Estado do Bem Estar Social europeu e os conflitos ideopolíticos fomentados pelos progressistas e pelo “Centrão”¹³. Tal imbróglio democrático originou um sistema de seguridade social híbrido (9), pois

¹⁰ Conferir em <http://cebes.org.br/> Disponível em 22 de junho de 2017.

¹¹ Conferir em <https://www.abrasco.org.br/site/> Disponível em 22 de junho de 2017.

¹² O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) foram criados pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987 se consolidando como uma proposta de descentralização das ações da política pública de saúde, adotando como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, integralidade dos cuidados, regionalização dos serviços de saúde, implementação de distritos sanitários, instituições colegiadas gestoras e política de recursos humanos. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 11 de junho de 2017.

¹³ Segundo o Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) o termo Centrão corresponde a “grupo suprapartidário com perfil de centro e direita criado no final do primeiro ano da Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 para dar apoio ao presidente José Sarney.” Disponível em <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/centrao> Acesso em 11 de junho de 2017.



sistematizada com direitos universais (saúde), dependentes do trabalho (previdência) e seletivos (assistência), não se consolidando como uma política de integração e unificação entre esses direitos constitucionalizados.

A constitucionalização do direito à saúde no Brasil

Passando a uma análise juspolítica da questão, especificamente em relação à constitucionalização do Direito à Saúde, o texto constitucional conseguiu abarcar o direito sanitário de uma forma mais geral e ampliada, tentando se aliar à sintonia da população e aos anseios do debate em torno do Movimento Sanitário com seus variados matizes.

Já no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal se inicia a proteção constitucional do direito à saúde, corolário do direito à vida com a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil¹⁴, que, por sua vez, é complementado pelo inciso IV do art. 3º que constitui como objetivo desta República a promoção do bem de todos¹⁵. No art. 5º há a inviolabilidade do direito à vida¹⁶ e, finalmente, no art. 6º, o direito à saúde é expressamente garantido dentre os direitos sociais¹⁷.

Outro artigo importante em nossa Carta Magna é o art. 196 que prescreve a saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando ao Poder Público o caminho para assegurá-lo: “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹⁸.

Um aspecto relevante e que envolve a participação dos entes federativos diz respeito às competências comuns e concorrentes. O art. 23, inciso II, relata que o dever de cuidar da saúde e da assistência pública é de competência comum da União, dos Estados, do

¹⁴ “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – **a dignidade da pessoa humana;**” (grifo nosso).

¹⁵ “Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: IV - **promover o bem de todos**, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.” (grifo nosso).

¹⁶ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País **a inviolabilidade do direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:” (grifo nosso).

¹⁷ “Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (grifo nosso).

¹⁸ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”



Distrito Federal e dos Municípios¹⁹, enquanto o art. 24, inciso XII, delimita a competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde²⁰.

Outro ponto importante dado pela nossa Constituição ao direito à saúde é seu aspecto de relevância pública (art. 197, CF/88)²¹. A relevância pública abarca os objetivos e fundamentos que dão lastro à aplicação das políticas públicas conforme a República Federativa do Brasil, e que estão consolidados nos art. 1º e 3º de nossa Carta Política de 1988 como, por exemplo, a dignidade da pessoa humana, a construção de uma sociedade justa, livre e solidária, a promoção do bem comum e a erradicação da pobreza. A efetivação do direito à saúde, principalmente no contexto brasileiro, é uma luta constante para garantir e avançar nesses objetivos e fundamentos da República, portanto, não há dúvida que o direito à saúde é um direito de relevância pública (10).

O procurador da República Marlon Weichert (11) ratifica essa qualificação de relevância pública ao interpretar que a saúde, dentre os direitos sociais, é prioritária, não devendo ser menosprezado frente aos demais, principalmente em relação à destinação de recursos financeiros. À saúde deve ser assegurado um financiamento que corresponda à sua relevância em comparação com outros direitos, estes sendo civis, econômicos, políticos ou até mesmo sociais. O direito à saúde deve ser priorizado no orçamento público pelo fato de ser classificado, constitucionalmente, como serviço de relevância pública.

Em uma análise mais geral sobre o Direito à Saúde na Constituição, o professor Luís Roberto Barroso (12) classifica-o como norma constitucional definidora de direitos. Segundo o atual Ministro do Supremo Tribunal Federal estas normas criam para seus beneficiários situações jurídicas imediatamente desfrutáveis, a serem materializadas em prestações positivas ou negativas. E caso as prestações não sejam satisfeitas, pelo Estado ou por quem tenha o dever jurídico de realizá-las, tem-se a possibilidade de seus destinatários postularem seu cumprimento, inclusive por meio de ação judicial. Assim, se

¹⁹ “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;”

²⁰ “Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, **proteção e defesa da saúde;**” (grifo nosso).

²¹ “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.



ratifica, de forma incisiva, o direito subjetivo, ou seja, o poder de ação, de exigir a satisfação de um determinado interesse.

Complementando a afirmação anterior e, ao mesmo tempo, fornecendo um direcionamento inovador, a professora Maria Célia Delduque (13) advoga que o direito à saúde também deva ser efetivado não somente pelos meios tradicionais de judicialização da saúde (ações judiciais via processos), mas também por Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos (Marc) tal qual a Mediação Sanitária como novo paradigma para a efetivação da política pública de saúde no Brasil²².

O paradigmático art. 196 da Constituição Federal produziu balizadoras jurisprudências no Supremo Tribunal Federal (STF), como o Agravo de Regimento no Recurso Extraordinário nº 271286²³ que sistematizou a matéria junto à Corte máxima do seguinte modo:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art.196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve zelar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

Corroborando a relevância do direito à saúde, a professora Sueli Dallari (14) afirma que sua eficácia e implementação vem sendo fortalecidos ao longo dos anos em virtude da forte característica de participação popular em sua construção e sua estruturação como um sistema de saúde pois, ao contrário de outros direitos sociais constitucionalizados, o direito à saúde “tem sua garantia claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, as diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade...” (p.11 2008/2009).

Por fim, não podemos deixar de sublinhar a complexidade e profundidade da estruturação e efetivação do direito à saúde por meio do SUS, abarcando vários campos do saber numa intensa interdisciplinaridade, como ressalta a pesquisadora Sandra Alves

²² Para aprofundamento do acesso à justiça e seus modernos desdobramentos, consultar Delduque (2015). Disponível em http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_9B.pdf Acesso em 11 de junho de 2017.

²³ Agravo de Regimento no Recurso Extraordinário 271286. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=226&dataPublicacaoDj=24/11/2000&incidente=3542020&codCapitulo=5&numMateria=37&codMateria=3> Acesso em 10 de junho de 2017.



(15) que “na atual sociedade contemporânea, não é possível falar em direito à saúde sem considerar questões sociais, econômicas, territoriais, políticas, tecnológicas etc.” (p.4, 2015).

E sobre a complexidade da interpretação hermenêutica do direito à saúde - apesar da importância da interpretação normativo-constitucional - há a observação de que o direito à saúde “...é um direito complexo, que demanda intervenções e produção de conhecimento igualmente complexos” (p.3) (16). Dessa forma, segundo a professora Sílvia Badim Marques (16):

“...para a garantia do direito à saúde é preciso que o operador do direito conheça não só o texto normativo, mas também o contexto em que este direito se insere. É preciso que conheça as muitas implicações que seus atos podem ocasionar no plano político, econômico e médico-sanitário e, para tanto, a ciência jurídica precisa avançar para além do estrito paradigma positivista de aplicação e produção do direito”. (2015, p.3)

Portanto, como constatamos, a efetivação do direito à saúde na Constituição brasileira foi resultado de muita luta democrática, com participação popular, formação técnica e política, cooperação interfederativa, financiamento, ativismo jurídico, políticas sociais e econômicas, no intuito de materializar a concepção integral do complexo Sistema Único de Saúde, base fulcral da militância sanitária.

Os anos 1990: as políticas públicas de saúde no contexto neoliberal no Brasil

O direito à saúde no governo Collor: introduzindo o neoliberalismo

Na década posterior, de 1990, o movimento sanitário brasileiro enfrentou um desafio: colocar em prática o arcabouço progressista do SUS numa conjuntura adversa se comparável à década anterior, com a crise ideológica dos valores progressistas e o advento do neoliberalismo²⁴ e suas políticas de ajuste, cortes, demissões e privatizações, representado pelo Governo Collor (1990-1992).

Era necessário a regulamentação dos artigos que diziam respeito à saúde pública da Constituição (arts.196 a 200), que descreviam aspectos importantes para a política pública

²⁴ Doutrina sistematizada por economistas da Escola Austríaca e de Chicago que pregavam mínima intervenção do Estado, controle da inflação, ataque a sindicatos e outros tipos de organizações de trabalhadores, austeridade fiscal, desregulamentação e favorecimento ao mercado, principalmente ao capital fictício-especulador das bolsas de valores. (SADER;GENTILI, 2008).



via SUS, tais como: universalidade, integralidade, gratuidade, relevância pública, descentralização, direção única, municipalização, entre outros.

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei nº 8.080²⁵, que consolidava os objetivos, princípios e diretrizes do SUS, ampliando a responsabilidade comum e solidária dos entes na efetivação dos serviços, programas e projetos, alocação de recursos financeiros e humanos, garantia e proteção do direito à saúde aos mais diversos segmentos como trabalhadores e indígenas, participação democrática via conselhos e conferências, além de outros avanços da pauta do Movimento Sanitário.

Porém, coerente com seu governo neoliberal de restrição democrática e social, o presidente Collor sancionou a Lei Orgânica da Saúde com nove vetos que impactaram de forma direta as principais conquistas do movimento sanitário, como por exemplo: veto sobre o financiamento da saúde pelo Estado, em seus três níveis de Governo e pelo conjunto da sociedade; veto sobre a participação democrática da sociedade via conselhos paritários que fiscalizariam os recursos repassados; veto sobre a não extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, veto sobre o plano de carreira, de cargos e salários (PCCS) dos servidores do SUS, entre outros retrocessos.

O Movimento Sanitário, ainda coeso e influenciado pelo ascenso de lutas da década de 1980, se reorganizou e lutou conjuntamente pela reversão dos pontos vetados pelo presidente Collor. Este, que havia subestimado o poder de organização do Movimento, teve que recuar três meses depois e obrigado a sancionar a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990²⁶, reestabelecendo, mesmo que parcialmente²⁷, o conteúdo que havia sido vetado.

Esse embate entre os retrógrados vetos de Collor e, por outro lado, a recuperação de parte significativa do texto original da lei nº 8.080, de 1990, representando o projeto da Reforma Sanitária, originaram no Brasil talvez o único exemplar conhecido de uma lei orgânica de uma determinada política social (em nosso caso, a saúde) que, na verdade, se constitui de duas leis. Apesar de alguns estudiosos do direito sanitário considerarem em seus escritos a Lei Orgânica da Saúde (LOS) como apenas a lei original 8.080/90, temos

²⁵ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em 11 de junho de 2017.

²⁶ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em 11 de junho de 2017.

²⁷ O Plano de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS, por exemplo, não foi regulamentado, representando um retrocesso considerável frente ao Movimento Sanitário.



que considerar os vetos reacionários que a amputaram e toda a mobilização que conseguiu reestabelecer o texto original com a lei 8.142/90 e, por fim, concluir que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é composta por duas leis: a lei 8.080/90, que devia ser aprovada em toda sua integralidade e a lei 8.142/90, aprovada três meses depois, com a marca da resistência e mobilização em torno das bandeiras iniciais da Reforma Sanitária.

O direito à saúde nos governos FHC: o neoliberalismo clássico

Já nos Governos Fernando Henrique Cardoso - FHC (1994-2002), os retrocessos sanitários continuaram com uma proposta privatizante bem mais estruturada e com o apoio da grande mídia, esta cumprindo o papel de aparelho ideológico do Estado – AIE (17) influenciando subjetivamente a consciência da população e até mesmo de representantes dos trabalhadores, como em sindicatos e associações, que deixaram de lutar por uma política pública de saúde e começaram a negociar planos privados para suas respectivas categorias.

O modelo implementado pelo ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Bresser Pereira, como ideólogo do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) e partícipe do Consenso de Washington e do Banco Mundial²⁸ era fomentar a privatização da saúde com medidas como a focalização individualizante via desestruturação dos serviços de saúde, como corte de gastos, terceirização de funcionários e de serviços e capitalização das empresas multinacionais do setor.

As práticas neoliberais na saúde são contrárias a princípios como os da universalidade, ao centrar ações focalizadas oferecendo uma saúde pobre para os pobres; contra a integralidade, ao priorizar a atenção básica de saúde, um mínimo existencial para o básico sanitário; contra a igualdade, ao seccionar de forma desigual os que têm condições de pagar pelo atendimento via plano privado e os que dependem exclusivamente do SUS; e contra o controle público via conselhos e conferências populares sendo subsumido nas regras privadas do mercado, com apoio de agências reguladoras flexíveis ao *lobby* privatista (18).

²⁸ O Banco Mundial produziu dois documentos basilares para a década de 1990, com o propósito de frear o SUS e acelerar a privatização do setor: “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, de 1991 e que teve pouca influência decorrente da turbulenta conjuntura do Governo Collor e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, de 1995, este sim de grande influência no Governo FHC. (RIZZOTTO, 2012).



Algumas iniciativas jurídico-institucionais foram cruciais para a tentativa de implementação do projeto neoliberal da saúde pública nos Governos FHC: a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), as Organizações Sociais (OS's) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's); e o Programa Saúde da Família (PSF), conjuntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A NOB/96²⁹ defende uma mudança no modelo de atenção à saúde, priorizando as ações sanitárias a partir da comunidade e, principalmente, tendo como foco a família, sem realçar as desigualdades sociais e o abismo que separa as classes mais favorecidas das mais pauperizadas, embutindo uma característica pós-moderna³⁰ na política pública de saúde, contrária às noções dos condicionantes e determinantes que influenciam o aspecto sanitário das populações, interpretando apenas formalmente as condições epidemiológicas.

As Organizações Sociais (OS's) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) foram implementadas formalmente pelas leis nº 9.637/98³¹ e 9.790/99³² e fazem parte de uma nova forma de gestão sanitária, seguindo as diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), instrumento basilar do neoliberalismo da década de 1990 no Brasil, com o intuito de transferir para as mãos da iniciativa privada o serviço público de saúde. (19).

Tanto as OS's quanto as OSCIP's podem, em determinados casos, contratar funcionários sem a obrigatoriedade de realização de concursos públicos, não necessitando de licitação para adquirir bens e serviços e sem prestar contas a órgãos de controle internos e externos, num retrocesso explícito não somente a todas as conquistas do projeto da Reforma Sanitária como também ao Estado Democrático e Social de Direito. Além disso, as OS's têm seu financiamento bancado pelo Estado numa transferência do fundo público para a administração privada, o que resulta num flerte constante com corrupção e desvio de verbas.

Dessa forma, com a implementação das OS's e OSCIP's no campo da política sanitária, houve uma violação constitucional pró-neoliberalismo no Brasil, pois o sistema

²⁹ Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html Acesso em 11 de junho de 2017.

³⁰ Pós-moderno aqui no sentido de relativizar a questão social no âmbito sanitário, negando-se a considerar as classes sociais e os aspectos políticos, econômicos e sociais que caracterizam a conjuntura sanitária do período.

³¹ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm Acesso em 11 de junho de 2017.

³² Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm Acesso em 11 de junho de 2017.



privado só poderia atuar na saúde de forma complementar, conforme art. 199 da Constituição³³, e hodiernamente atua de forma praticamente prioritária com a interação da gestão administrativa das fundações privadas num âmbito que antes era de alçada pública fomentando uma concorrência entre as organizações com base na relação demanda-lucro.

Por último, analisa-se o Programa Saúde da Família (PSF), juntamente com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS)³⁴. Tais programas iniciam no Brasil o caminho desenhado pelo Banco Mundial e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no intuito de focalizar a saúde em comunidades carentes e necessitadas de um mínimo de estrutura, com foco no atendimento à família.

Mas devemos ter cautela ao analisá-los pois a Política Nacional de Atenção Básica atua em torno da junção entre os princípios da universalidade e da equidade do SUS, característica da Estratégia Saúde da Família, juntamente com seus Agentes Comunitários da Saúde. Universalidade no sentido de propiciar tanto o aspecto preventivo quanto o curativo prioritariamente para a população que mais necessitava de atendimento, sem olvidar de toda a população que procurasse o serviço via SUS; e equidade no sentido material difundido no enunciado “tratar desigualmente os desiguais na medida de sua desigualdade”. Dessa forma, há uma interpretação mais contraditória em relação a esses Programas que, a depender da conjuntura juspolítica, podem ser de caráter progressista ou não.

Finalizando a análise sobre as ações das políticas públicas de saúde no decorrer da década de 1990 no Brasil, constatamos que o Movimento da Reforma Sanitária, apesar da difícil conjuntura enfrentada, obteve algumas vitórias importantes, como a manutenção de uma Lei Orgânica da Saúde, a implementação da estrutura do SUS em todo o território nacional, a ratificação dos Conselhos e de Conferências de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, uma vigilância epidemiológica e sanitária exemplar, além de outras conquistas.

Mas também sofreu com os retrocessos sanitários da conjuntura neoliberal tais como focalização como limite de atuação, incentivos ao complexo médico-industrial-financeiro via

³³ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma **complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (grifo nosso).

³⁴ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.



desonerações e isenções fiscais, refilantropização, desprofissionalização como consequência de terceirizações e restrição dos objetivos, princípios e diretrizes do SUS; fortalecendo, desta forma, uma contrarreforma sanitária ligada aos setores privatistas e mercadológicos.

Os anos 2000: o direito à saúde nos governos Lula e Dilma: auge e declínio do Partido dos Trabalhadores

Havia muita expectativa em relação aos Governos do Partido dos Trabalhadores sobre as políticas públicas de saúde no Brasil. Várias análises sobre a possível retomada do projeto original da Reforma Sanitária foram realizadas, pois o setorial de saúde do PT era formado por alguns construtores do Movimento Sanitário, que intercalavam sua militância com instituições históricas como o Cebes e a Abrasco.

A disputa que se deu pós-Constituição no Brasil dirigia-se, basicamente, em torno de dois projetos sanitários, o primeiro em defesa dos princípios, diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o segundo em defesa da privatização via transformação do espaço de atuação complementar da saúde em prioritário, desconstruindo os alicerces da Reforma Sanitária.

Há uma disputa de narrativas em torno da política pública de saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT). Alguns intelectuais, como Telma Maria Menicucci (20) e Ana Maria Costa (21) defendem como avançada a política sanitária, principalmente se levarmos em consideração os condicionantes da saúde e não somente o aspecto endógeno, apesar de tecerem críticas pontuais. E outros intelectuais, como Maria Inês Bravo (22), Franciso Batista Jr. (23), Lígia Bahia e Mário Scheffer (24) defendem que houve um retrocesso sanitário com o transformismo (25), crise de direção e consequente burocratização do PT, refletindo diretamente na implementação da política pública de saúde no período.

Argumentos favoráveis às políticas públicas de saúde nos governos do PT

As pesquisadoras Telma Menicucci (20) e Ana Costa (21) elencam as principais ações no campo da saúde nos dois Governos Lula (2003-2010). No primeiro mandato (2003-2006) as autoras destacam as seguintes iniciativas e proposições: a Política de Saúde Bucal via Programa Brasil Sorridente, que Menicucci destaca como inédita e



aprofundada em seu nível de expansão já que, entre 2002 e 2006 as equipes de saúde bucal dão um salto quantitativo de 4.260 para 14.244, atendendo quase 70 milhões de pessoas em grotões do Brasil; sobre este fato parece que a autora acredita na lei da dialética da transformação da quantidade em qualidade, pois sublinha como um avanço complementar dessa política a instalação de aproximadamente 500 centros de especialidades e laboratórios regionais de próteses dentárias.

As autoras também destacam o atendimento pré-hospitalar móvel via Política de Atenção às Urgências e Emergências por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Programa Farmácia Popular, que permite um desconto de até 90% dos medicamentos por meio do subsídio governamental, favorecendo principalmente os idosos, que são os maiores consumidores de medicamentos.

Há também a valorização da atenção básica de saúde, sem tecer nenhuma crítica, pelo contrário, flertando com as determinações do Banco Mundial sobre “universalismo básico”³⁵ ao defender veladamente a focalização da atuação sanitária pelo Estado brasileiro ao elencar um acréscimo de 57% do número de equipes de saúde, aumento de recursos do Piso de Atenção Básica, que passou de R\$ 10,00 (valor estancado desde 1988) para R\$ 15,00 e a construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entrando num novo rumo da Reforma Psiquiátrica.

Avanços foram destacados, segundo as autoras, na questão dos medicamentos, com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)³⁶, o aprofundamento da política de medicamentos genéricos e a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

No segundo mandato do Governo Lula (2007-2010), afinado com as discussões sobre o denominado “neodesenvolvimentismo”³⁷, o Governo entra numa nova política de saúde baseada em uma espécie de “neodesenvolvimentismo sanitário”, com ênfase no

³⁵ A autora defende o ponto de vista de Filgueira et al. (2006, P.17) em documento elaborado para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID): “El universalismo básico es un concepto que se implementa gradual y progresivamente en cada país, con redefiniciones sistemáticas del conjunto de las prestaciones básicas así como del alcance de cada una de ellas, que permiten ir asegurando, a través del tiempo, el cumplimiento de sus objetivos y fines”.

³⁶ Criada pela Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, a CMED é um órgão interministerial responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e o ajuste de preços, tendo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA como Secretaria Executiva. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/cmmed> Acesso em 18 de junho de 2017.

³⁷ Com medidas como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o programa habitacional Minha Casa Minha Vida, projeto geoestratégico de soberania a partir do Pré-Sal, entre outras iniciativas favorecidas pelo “boom” das commodities, intelectuais próximos ao Governo sistematizaram a tese segundo a qual o segundo mandato do Governo Lula estava inaugurando um novo desenvolvimentismo no Brasil, trazendo uma ideia revitalizada dos anos 1960/1970.



incentivo via subsídios e desonerações do complexo médico-hospitalar, com o argumento de que a saúde movimentava consideráveis 8% do Produto Interno Bruto (PIB). O Governo, ciente da importância dessa política, cria, no ano de 2007, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, intitulado oficialmente de Programa Mais Saúde, com o intuito de movimentar a economia sanitária, baseado no emprego, renda e na construção de empresas públicas, como a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), com a liderança do Ministério da Saúde (21).

Além do PAC da saúde, há a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a criação de 2.500 novas equipes entre os anos de 2007 e 2008 e, que, para melhorar a estrutura destas, o Governo incentivou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's) (20).

Por fim, arrematando as contribuições positivas, os principais avanços da política de saúde do Governo Lula foram as melhorias dos fatores condicionantes e determinantes da saúde com a série de programas de transferência de renda com suas contrapartidas e valorização do salário mínimo, além de aumento do mercado formal de trabalho, que contribuíram para a diminuição da mortalidade infantil e melhorias em vários indicadores epidemiológicos da saúde, como segurança alimentar e renda (20) (21).

Argumentos críticos às políticas públicas de saúde nos governos do PT

Por outro lado, destacando as críticas aos governos do PT, os militantes e intelectuais Maria Inês Bravo (22), Francisco Batista Jr.(23), Lígia Bahia e Mário Scheffer (24) destacam a continuidade da contrarreforma sanitária pelo Governo Lula, priorizando o privatismo sanitário com ações focalizadas, seguindo os padrões de organismos internacionais e incentivando o mercado de planos privados de saúde, com a apresentação de uma baixa regulação realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pouca valorização das discussões e resoluções dos conselhos (principalmente o Conselho Nacional de Saúde – CNS) e das Conferências realizadas.

Os Governos do PT continuaram priorizando uma saúde pública focalizada, principalmente para o segmento mais hipossuficiente da sociedade. Este segmento que faz uso do SUS, apesar de relevante em termos quantitativos, não está organizado em instituições, movimentos ou sindicatos formalizados onde possam expressar suas



reivindicações e denúncias, transformando-se num bloco fragmentado e disperso, não influenciando as políticas sanitárias do Governo (22).

Para agravar essa situação, os sindicatos que se situam na órbita do PT, formado por categorias profissionais influentes (professores, bancários, servidores públicos, metalúrgicos) não estão lutando mais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas sim negociando com o patronato a filiação aos melhores planos privados de saúde, assim também ocorrendo com os gestores públicos, enfraquecendo ainda mais a luta pela permanência da efetivação do SUS.

Também há o aprofundamento da implantação de uma gestão gerencial, *a la Bresser*³⁸, com a continuidade de subsídios por meio do fundo público às OS's e OSCIP's, com a criação de mais Fundações e completa privatização de hospitais universitários sob administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH), ferindo a Constituição, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e, especificamente, a autonomia universitária. Essas concessões e permissões afrontam também a estabilidade e a melhoria das condições de trabalho dos recursos humanos do SUS, aumentando a precarização e a terceirização (22).

Outro retrocesso social em relação às políticas públicas de saúde nesse período refere-se ao subfinanciamento que foi, lamentavelmente, aprofundado pelos Governos do PT. Com a extinção da CPMF³⁹ em 2007, o Governo e o Movimento Sanitário reiniciaram a discussão sobre a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000⁴⁰ que assegurava a participação dos três níveis de Governo no financiamento do SUS a partir da definição de um percentual mínimo de recursos por ano. A regulamentação realizada no início de 2012 consolidou os investimentos da União, Estados e Municípios. Os Estados continuam obrigados a investir, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos, enquanto os Municípios, 15%. O Distrito Federal investirá de 12 a 15%, conforme a classificação da fonte da receita em estadual ou distrital. Mas a maior frustração do Movimento Sanitário em torno desta regulamentação foi o veto presidencial aos 10% da Receita Corrente Bruta

³⁸ Ministro de FHC que implementou uma administração gerencial com foco no corte de verbas e enxugamento da máquina pública, como analisamos anteriormente.

³⁹ Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira, simplificada como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF.

⁴⁰ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em 24 de junho de 2017.



(RCB) da União, o que dificultaria a consolidação do financiamento público da saúde universal e integral de acordo com nossa Constituição (23).

Destacamos também que o Brasil é o único país do mundo de sistema universal onde os investimentos privados superam os investimentos públicos. Estima-se que o investimento total em saúde (tanto público quanto privado) é de atualmente 9% do Produto Interno Bruto (PIB), ficando abaixo dos Estados Unidos que investem 15%, mas mais próximo dos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que possuem sistema universal como Inglaterra (8,4%), Espanha (8,5%), Austrália (8,98%) e Canadá (10,1%) (26).

O problema do Brasil é que o investimento público é bem abaixo do privado, enquanto o primeiro está em torno de 45-47%, o segundo alcança até 55% (26) fato inédito em país com sistema universal de saúde e que já alcançou a posição de sétima maior economia do mundo⁴¹.

Passando à análise do primeiro Governo Dilma Rousseff (2011-2014), assim como nos Governos Lula, foi secundarizado o projeto da Reforma Sanitária frente ao Projeto Privatista da Saúde, de modo que os governantes do Partido dos Trabalhadores pudessem colocar em pauta as promessas com seus financiadores de campanha, majoritariamente do alto empresariado da saúde com empreendimentos de complexos médico-hospitalares-financeiros⁴² (24).

As manifestações de junho de 2013, que mobilizaram a pauta política do país, colocaram a saúde pública no topo das propostas, com frases irreverentes típicas de um movimento liderado pela juventude como, por exemplo, “enfia os 20 centavos no SUS”⁴³ e “queremos saúde padrão FIFA”⁴⁴. Manifestações na periferia do Brasil, principalmente nas favelas ditas “pacificadas” do Rio de Janeiro se destacaram pela vanguarda na defesa da saúde pública, especificamente por um investimento do Governo no saneamento como prioridade, como foi o caso dos moradores da Rocinha, que exigiram melhorias sanitárias

⁴¹ Atualmente, o Brasil caiu para a nona economia do mundo.

⁴² Em estudo realizado por Scheffer e Bahia (2011), o PT foi o terceiro partido que mais recebeu aportes financeiros das operadoras de planos de saúde na campanha de 2010: 14,05% do total, só ficando atrás do PMDB (28,94%) e do PSDB (18,16%). Analisando especificamente a eleição presidencial, a então candidata Dilma Rousseff (PT) recebeu o dobro do seu adversário, o tucano José Serra: R\$ 1000.000 da Qualicorp Corretora de Seguros contra R\$ 500.000 para Serra (PSDB). Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/Planos_de_Saude_Eleicoes.pdf. Acesso em 1º de junho de 2017.

⁴³ Numa referência, à época, ao aumento de 20 centavos no preço das passagens do transporte público em algumas capitais, como em São Paulo.

⁴⁴ Em referência aos estádios para a Copa do Mundo de 2014 que tinham que ser “padrão FIFA”.



ao invés do Governo priorizar o teleférico para transporte de turistas na mesma comunidade⁴⁵.

A resposta de Dilma em relação aos protestos de junho que pediam mais investimento em saúde foi o Programa Mais Médicos⁴⁶, instituído pela Lei nº 12.871/2013, que se baseia na importação de médicos estrangeiros para trabalharem nos grotões mais distantes do país, principalmente nas mais de 400 cidades em que não havia atuação de nenhum médico, por meio de uma bolsa paga pelo Governo brasileiro. Apesar de ser um programa progressista e de alta popularidade, alguns membros da área da saúde criticaram a proposta por não tocar nos aspectos estruturais da saúde pública, como financiamento, condições de trabalho, falta de medicamentos, entre outros.

O segundo mandato de Dilma (2015-2016)⁴⁷ iniciou envolto em polêmicas em relação à área de saúde, com a apresentação de programas como o Mais Especialidades, que seria uma segunda etapa do Programa Mais Médicos, com acesso da população a tratamentos com médicos especialistas, utilizando estruturas dos próprios hospitais públicos, entidades filantrópicas e até da rede privada e há também uma priorização do segundo mandato de Dilma ao favorecimento do complexo médico-industrial-financeiro com a aprovação de Medida Provisória⁴⁸ que permite entrada do capital financeiro internacional nas ações e serviços da saúde no Brasil.

Mas não houve tempo para uma análise de maior profundidade, pois o Governo Dilma Rousseff enfrentou uma espécie de “tempestade política perfeita”⁴⁹ que unia num mesmo período a crise econômica provocada pelo ajuste fiscal que gera principalmente desemprego e queda da renda; relação delicada com o Congresso Nacional mais

⁴⁵ Foi noticiada nos principais jornais do país a marcha de moradores da Rocinha e do Vidigal até o bairro nobre do Leblon para reivindicarem saneamento básico para as comunidades. Conferir em <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/06/rocinha-e-vidigal-marcharam-em-paz-ate-o-leblon-por-saneamento-e-saude.html> Acesso em 1º de julho de 2017.

⁴⁶ Em apenas dois anos de atuação, o Programa Mais Médicos conseguiu levar 18.240 médicos a 4.058 municípios de 34 Distritos Especiais Indígenas (DSEI), beneficiando aproximadamente 63 milhões de pessoas. Atualmente, o Programa encontra-se esfacelado pelo Governo Temer.

⁴⁷ Em 12 de maio de 2016, foi afastada de seu cargo por até 180 dias devido à instauração de um processo de impeachment. Teve o mandato presidencial definitivamente cassado em 31 de agosto de 2016, porém não perdeu seus direitos políticos.

⁴⁸ Medida Provisória nº 656, de 7 de outubro de 2014, convertida na Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Especificamente no Capítulo XVII – Da Abertura ao Capital Estrangeiro na Oferta de Serviços à Saúde (art. 142), alterando a Lei Orgânica da Saúde em seus arts. 23 e 53-A. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm Acesso em 18 de junho de 2017.

⁴⁹ Expressão citada por cientistas políticos brasileiros, como o professor Marcus Melo, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/02/1593286-tempestade-perfeita-ameaca-o-governo-dilma-diz-academico.shtml> Acesso em 18 de junho de 2017.



conservador das últimas décadas; denúncias de corrupção atingindo principalmente membros da cúpula diretiva do seu partido político (PT), assim como as principais empresas privadas do país e grandes empresas públicas, como a Petrobrás e Eletrobrás; e manifestações massivas de rua - com participação de setores conservadores e ultradireitistas que conseguiram tomar a direção de um processo de crise iniciado nas manifestações de junho de 2013⁵⁰ – resultando em seu impeachment em agosto de 2016.

O governo Temer: uma nota sobre o neoliberalismo de exceção

Com a saída de Dilma Rousseff do poder, entrou em seu lugar o vice-presidente Michel Temer (PMDB) implementando a doutrina do choque e do pavor (27) e o estado de exceção (28), ambos elementos para uma espécie de conceituação que podemos classificar de “neoliberalismo de exceção” que se baseia nas seguintes características: ajuste fiscal rigoroso, agressiva perseguição e criminalização aos movimentos sociais, avanço das reformas⁵¹ trabalhista e previdenciária, apoio irrestrito ao setor privado via isenções, desonerações e incentivos financeiros ao mercado, controle e parceria com a maioria do congresso nacional, principalmente com as bancadas mais conservadoras, como as dos planos privados de saúde, da bala (armamento), da bíblia (evangélicos) e do boi (agronegócio), além de conchavos com a nata do setor bancário-financeiro, jurídico e midiático numa aliança contra tudo o que representa os termos Democracia, Direitos Humanos e Políticas Sociais no Brasil⁵².

⁵⁰ As manifestações a favor do Impeachment no Brasil, durante o segundo mandato de Dilma Rousseff, radicalizaram-se por um viés nitidamente conservador, como o exemplo de manifestantes pedindo a volta da Ditadura Militar, como vimos nas massivas manifestações de 15 de março de 2015 e 13 de março de 2016. Houve também grandes manifestações (18 de março de 2016) denunciando o impeachment como um golpe a uma presidente legitimamente eleita e que não cometeu crime de responsabilidade. Portanto, o impeachment – resultado da profunda crise que ainda hoje se alastra no país – não foi uma unanimidade, como aconteceu com o ex-presidente Fernando Collor. Conferir em <https://fpaprod2.hacklab.com.br/wp-content/uploads/2015/03/fpa-pesquisa-manifestacoes.pdf> Acesso em 18 de junho de 2017.

⁵¹ Usamos o termo contrarreforma (BEHRING, 2008) para os retrocessos sociais perpetrados pelos Governos que aplicam o ideário conservador em determinadas políticas como, por exemplo, a contrarreforma trabalhista e previdenciária. O termo contrarreforma é uma resposta contra a ressemantificação e banalização do termo “reforma” pois este conceito (reforma) deve ser respeitado como de uso da tradição da esquerda, principalmente da II Internacional de Bernstein e Kautsky, que eram reformistas no sentido progressista, de luta por melhorias graduais dos trabalhadores. Mas o termo que melhor definiria os ataques do conservadorismo contra os direitos sociais seria “**deforma**”, já que não há nem reforma (que é um termo da esquerda) e nem contrarreforma (que seria uma dicotomia em relação à reforma) mas algo ainda mais grave, uma espécie de deformação das políticas sociais, ao tentar restringir ou até mesmo extinguir os direitos sociais e qualquer forma de desenvolvimento nos condicionantes e determinantes sociais. Portanto, o termo mais próximo dessa desconfiguração social seria “deforma”.

⁵² Atualmente, o Presidente Michel Temer, Ministros de Estado, Deputados, Senadores, membros do Sistema de Justiça, além dos principais empresários do setor privado do país estão sendo denunciados em várias frentes de operações contra a corrupção. A mais famosa dessas operações é a denominada Operação Lava-Jato, criada desde 2014 e responsável por mais de 40 fases de investigação. O Brasil continua numa grave crise institucional, com o presidente



Especificamente em relação à política pública de saúde, o Governo Temer enterrou de vez qualquer tipo de avanço na área acelerando a privatização e o subfinanciamento do setor defendendo propostas desconstituintes – no sentido de violar o SUS Constitucional – a começar pela nomeação para Ministro da Saúde de um representante do conglomerado de empresas de planos privados de saúde.⁵³

São vários os retrocessos sanitários perpetrados por apenas 1 ano de neoliberalismo de exceção aplicados no período Michel Temer e uma das principais iniciativas é a Proposta de Emenda Constitucional – PEC nº 241 (Câmara dos Deputados) renumerada como nº 55 (Senado Federal), que foi aprovada pelo Congresso Nacional como Emenda Constitucional nº 95/2016, que institui o Novo Regime Fiscal⁵⁴ e que retirará do SUS em torno de R\$ 400 bilhões de reais em 20 anos caso seja considerado o crescimento anual do Produto Interno Bruto – PIB a 2,0% e a taxa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) em 4,5% (VIEIRA;BENEVIDES, 2016). Será o fim do SUS como o conhecemos pois não haverá investimento real nas ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sendo um ataque de graves proporções às propostas e demandas do Movimento da Reforma Sanitária.

Outro retrocesso sanitário é a proposta dos planos privados populares ou oficialmente denominado Plano de Saúde Mais Acessível realizada por um grupo de trabalho convidado pelo próprio Ministério da Saúde e formado por representantes de mais de 20 instituições ligadas à saúde suplementar, incluindo a Abrange (Associação Brasileira de Planos de Saúde), AMB (Associação Médica Brasileira), Unimed, além de representantes governamentais como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstrando, por parte do governo, uma postura inconstitucional e incoerente com seu dever de efetivação e comprometimento com o Sistema Único de Saúde.⁵⁵

Michel Temer apresentando taxa de aprovação de apenas 7%, enquanto a saúde e a corrupção lideram as preocupações dos brasileiros, conforme <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2017/06/1895645-aprovacao-da-gestao-temer-cai-a-7-menor-em-28-anos.shtml> Acesso em 24 de junho de 2017.

⁵³ O atual Ministro da Saúde Ricardo Barros (PP/PR) quando candidato a deputado federal em 2014, recebeu sua maior doação individual (100 mil reais) das mãos de Elon Gomes de Almeida, sócio do Grupo Aliança, administradora de benefícios de saúde, num explícito conflito de interesses.

⁵⁴ Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html> Acesso em 18 de junho de 2017.

⁵⁵ As propostas de planos privados populares são as seguintes: a) plano simplificado: cobertura inclui atenção primária (atendimento não-especializado), consultas com especialistas e exames de diagnóstico de baixa e média complexidade. Não inclui internação, terapias e exames de alta complexidade nem atendimento de urgência e emergência; b) plano ambulatorial e hospitalar: cobertura inclui atenção primária e atenção especializada de média e alta complexidade, sendo que o atendimento com especialistas só é realizado mediante encaminhamento de um serviço básico de saúde; c) plano



Há outros retrocessos sanitários do Governo Temer e seu neoliberalismo de exceção, como o corte de banda larga de milhares de Unidades Básicas de Saúde (UBS), suspensão de concursos públicos para o Ministério da Saúde, conflito sistemático com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), contingenciamento no repasse de financiamento para os entes subnacionais, fechamento de centenas de Farmácias Populares e redução de atuação do Programa Mais Médicos, explicitando, dessa forma, uma atuação juspolítica contrária aos ditames do SUS Constitucional.

Considerações finais

Vimos que a Nova República no Brasil, caracterizada pela redemocratização, resumiu-se, em sua maior parte, na disputa entre dois projetos antagônicos: da esquerda democrática e do setor centro-direitista-conservador. Depois da chegada ao poder desses dois polos ideológicos, sem nenhuma mudança estrutural que beneficiasse a maior parte da população, há uma sensação de desgaste dos mecanismos que permitem a governança via presidencialismo de coalizão.

Tais fatos também impactaram a saúde pública. De origem progressista e avançada, com uma normatização exemplar para o mundo, as políticas públicas aplicadas no âmbito sanitário tornaram-se reféns da fúria dos mercados financeiros que financiaram os principais candidatos a cargos eletivos, cobrando a fatura por meio da expansão da privatização do setor. O SUS tem sido sistematicamente relegado a um mecanismo residual de consolidação da focalização da saúde para uma população que, tragicamente, não apresenta condições de formar opinião e de influir nas manifestações do país.

Depois de mais de três décadas de redemocratização, de quase 30 anos de vigência da Constituição da República, de 7 eleições presidenciais e de uma alternância de poder entre os principais projetos pretensamente em disputa, que nos apresentaram a tímidos avanços e a desinibidos retrocessos na seara das políticas públicas, é chegada a hora de voltarmos a discutir se desejamos apenas transformações conjunturais, sem alterar a composição das classes sociais no Brasil, ou se almejamos transformações estruturais como a efetivação da Reforma Sanitária para que possamos cumprir com as diretrizes da nossa Carta Constitucional.

em regime misto de pagamento: paciente tem acesso a serviços hospitalares, terapias de alta complexidade, medicina preventiva e atendimento ambulatorial mediante pagamento dos procedimentos com valores previstos no contrato.



Nesta lógica, urge imperioso que o Movimento Sanitário enfrente esta conjuntura de descenso e refluxo das lutas sociais em prol da defesa dos objetivos, diretrizes e princípios do SUS, patrimônio que reflete as conquistas do povo brasileiro. Para voltar a ser protagonista de um projeto de sociedade, o Movimento Sanitário precisa se reinventar, renovando e oxigenando suas práticas e atitudes e interligando-se com as principais questões que movimentam o país no plano dos direitos fundamentais sociais, em especial do direito sanitário.

Referências

1. Rother, ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 20 (2). Editorial. abr/jun 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001 [Acesso em 30 jun 2017].
2. EscoreL, S. Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
3. Felipe, S. Projeto Montes Claros. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.
4. Tavares, D. de F. Projeto Montes Claros: Depoimento Oral. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.
5. Paim, JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
6. Luz, M.T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In Guimarães, R.; Tavares, R. (Orgs). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro; Relumé Dumará, 1994.
7. EscoreL, S; Bloch, R. História dos Trabalhadores da Saúde. In Ciência e Saúde Coletiva. 13 (3), Rio de Janeiro, maio/jun. 2008.
8. Moore JR, B. As Origens Sociais da Ditadura e da Democracia: senhores e camponeses na construção do mundo moderno. São Paulo: Martins Fontes, 1975.
9. Boschetti, I. Assistência Social no Brasil: um Direito entre Originalidade e Conservadorismo. Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.
10. Araújo, LAD. O Conceito de Relevância Pública na Constituição Federal de 1988. In Revista de Direito Sanitário, São Paulo, 5 (2): 90-97, jul. 2004.



11. Weichert, MA. A saúde como serviço de relevância pública e a ação civil pública em sua defesa. In ROCHA, João Carlos de Carvalho et al. (Orgs.). Ação Civil Pública - 20 Anos da Lei n. 7.347/85. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 507-531.
12. Barroso, LR. O Novo Direito Constitucional Brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática. Belo Horizonte: Fórum, 2012.
13. Delduque, MC. A Mediação Sanitária como Novo Paradigma Alternativo à Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.
14. Dallari, S. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. In Revista de Direito Sanitário. São Paulo: 9 (3): 9-34 Nov.2008/Fev.2009.
15. Alves, SMC. A Formação em Direito Sanitário: um diálogo possível a partir da interdisciplinaridade. In Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.
16. Marques, SB. Direito à Saúde: complexidade e enfrentamentos extrajudiciais. In Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.
17. Althusser, L. Aparelhos Ideológicos de Estado. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
18. Gouveia, R; Palma, JJ. SUS: na Contramão do Neoliberalismo e da Exclusão Social. In Revista de Estudos Avançados. 43 (35), São Paulo Jan/Abr. 1999.
19. Granemann, S. Previdência Social: Da Comuna de Paris aos (Falsos) Privilégios dos Trabalhadores. In Navarro, Vera; Lourenço, Edvânia. (Orgs.). O Averso do Trabalho. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
20. Menicucci, TM. A Política de Saúde no Governo Lula. In Revista Saúde e Sociedade, 20 (2), São Paulo Abr/Jun. 2011.
21. Costa, AM. Saúde é Desenvolvimento. In SADER, Emir (Org.). 10 Anos de Governos Pós-Neoliberais no Brasil: Lula e Dilma. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.
22. Bravo, MI. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.
23. Batista JR, F. A Agonia do SUS. Disponível em <http://fopspr.wordpress.com/2010/01/13/a-agonia-do-sus-por-francisco-batista-junior/>. [Acesso em 1º jul 2017].
24. Bahia, L; Scheffer, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.



25. Gramsci, A. Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

26. Ocké-Reis, CA. Gasto Privado em Saúde no Brasil. In Cadernos de Saúde Pública V. 31, n.7 Rio de Janeiro: Jul/2015.

27. Klein, N. A Doutrina do Choque: a ascensão do capitalismo de desastre. São Paulo: Nova Fronteira, 2008.

28. AGambem, G. Estado de Exceção. São Paulo: Boitempo, 2007.

29. Vieira, FS; Benevides, RP de S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. In Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. 10 (3) Brasília, 2016.

Recebido em: 9.7.2017
Aprovado em: 17.8.2017

Como citar este artigo:

Cunha, JRA. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):65-89.



Atuação e competência do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF

Performance and competence of the Santo Antônio do Descoberto Municipal Health Council, DF

Actuación y competencia del Consejo Municipal de Salud Santo Antônio do Descoberto, DF

Rosimary Bernardes Silva¹

RESUMO: A Constituição Brasileira de 1988 e a Lei 8142/90 garantem a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, influenciado pelos movimentos populares que buscavam estabelecer proteção à saúde coletiva e individual, de forma democrática e organizada. A determinação das competências Básicas dos Conselhos de Saúde descrita no Decreto 333/2003, está fundamentada em princípios democráticos, que busca atender as necessidades da população e normatiza as ações dos conselhos de saúde por meio do estabelecimento de suas atribuições e diretrizes regulamentadoras.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde. Conselho de Saúde. Participação Social.

ABSTRACT: The Brazilian Constitution of 1988 and Law 8142/90 assure social participation in the administration of the Unified Health System, which was influenced by popular movements that sought to establish collective and individual health rights in a democratic and systematic way. The determination of the core competences of Health Councils described in the Decree 333/2003 is anchored in the democratic principles, meeting the needs of the population and standardizing the actions of health councils by establishing their attributions and regulations.

Keywords: Municipal Health Council. Health Council. Social Participation.

RESUMEN: La Constitución Brasileña de 1988 y la Ley 8142/90 garantizan la participación social en la gerencia del Sistema Único de Salud. El proceso fue influenciado por los movimientos populares que buscaban establecer protección a la salud colectiva e individual, de forma democrática y sistemática. La determinación de las competencias esenciales de los Consejos de Salud descritas en el Decreto 333/2003 están fundamentadas en los principios democráticos, sanando las necesidades de la población y normalizando las acciones de los consejos de salud por establecer sus atribuciones y directrices.

Palabras llave: Consejo Municipal de Salud. Consejo de Salud. Participación Social.

¹ Bacharel em nutrição e nutricionista coordenadora do Núcleo de Apoio a Saúde da Família da Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto, DF. Email: rosimary.silva@gmail.com



Introdução

A preocupação com a consolidação de normas que garantissem as políticas públicas de saúde, principalmente após a segunda grande guerra, segundo uma visão que buscavam construir plano sistematizado com dimensões preocupado em garantir a todos os brasileiros um sistema de saúde com bases universais e igualitárias a todos, tendo como ponto de partida uma concepção que promovesse a “proteção da dignidade humana e dos direitos humanos” (1).

A participação social no Sistema Único de Saúde garantida como diretriz na Constituição Brasileira de 1988 e posteriormente descrita na Lei 8142/90 criou os conselhos de saúde, que passarão ser item obrigatório na gestão do serviço de saúde, com suas competências e organização bem definidas. Aos conselhos de saúde cabe a intervenção social organizada positivada no sistema de saúde com o propósito de realizar de maneira responsável o controle social das ações e serviços de saúde. O avanço no processo de gestão com o surgimento dessa nova forma de intervenção sem dúvida foi de suma importância para garantir que o cidadão intervenha no sistema de saúde fazendo uso pleno “das funções sociais da cidadania e garantindo o bem-estar dos habitantes” dessa forma os representantes tem dentro dos conselhos de saúde a importante missão de discutir os temas de saúde com foco no fortalecimento e na qualificação do controle social no Sistema Único de Saúde (2).

Essa pesquisa foi realizada com o objetivo de verificar se as ações desempenhadas pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto (CMS-SAD) estão de acordo suas atribuições e competências estabelecidas segundo as diretrizes e estruturação de funcionamento regulamentado segundo o Estatuto do Conselho Municipal de Saúde.

Após a segunda metade do século XIX aumentou a preocupação com a normatização do direito a saúde. Ideologicamente os organismos internacionais ligados aos direitos humanos se preocuparam em positivar o direito a saúde. A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 desencadeou no surgimento de normas internacionais de proteção a saúde coletiva e individual, que influenciaram na consolidação no fortalecimento do serviço e ações em saúde do Direito Sanitário no Brasil (1).

A defasagem do poder aquisitivo da classe trabalhadora e o aumento da migração do campo para a cidade ocorrida na primeira metade da década de 70, resultante de uma



economia subordinada ao mercado externo gerou um importante desgaste político decorrente da insatisfação gerada pela concentração de riqueza. Nesse contexto, os movimentos populares alavancaram uma séria de denúncia principalmente em fóruns organizados que discutiam sobre a situação da saúde e a preocupação sobre o rumo que o país havia tomado em relação aos serviços de atenção médica, esses fóruns tornaram-se o principal ponto de partida para a Reforma Sanitária (3).

[...] Considerar como um marco deste período a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) no ano de 1986, na qual a participação ativa de diversos segmentos da sociedade abriu a possibilidade para um modelo de política de saúde mais democrático [...] (4)

De fato, com o fim de o governo militar e a construção de novo ordenamento político, administrativo no país a participação social agora legitimada na representa um ganho significativo na expansão e fortalecimento do serviço público de saúde (4)

O aprimoramento da democracia no Brasil apresentou uma nova organização social a partir da Constituição Federal de 1988, de forma ampla a terminologia cidadania foi remodelada, gerando uma importante interação entre governo e sociedade. Dessa forma, a participação social assegurada na nossa “Carta Magna” se materializa e redefine as políticas públicas. O Sistema Único de Saúde de forma inovadora estabelece a legitimidade, a participação social como diretriz operacional puncionando o controle social no serviço de saúde, contudo segundo, Vasconcelos (5) “ferramentas de informação e comunicação em saúde é inquestionável para a participação social preconizada pelo SUS”

Para Guizardi (6) “os usuários estão representados na arena das decisões políticas no campo da saúde”, porém Wendhausen (7) afirma que “as decisões importantes são tomadas pelas secretarias de saúde ou seu secretário; são levadas aos conselhos as decisões menores”.

É importante compreender a importância da garantia constitucional do direito a saúde, “não entendemos o direito estritamente como garantia constitucional, formalização jurídica em si mesma definida, mas como práticas de sociabilidade, princípios reguladores” O fortalecimento do Movimento Sanitário subsidiou as fontes doutrinarias inspirando a construção do SUS e garantindo o direito constitucional à saúde (6) que ficou consignado na Constituição de 1988:



Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (8).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelece a composição representativa dos Conselhos de Saúde, respeitando paridade entre usuários e representantes dos demais segmentos estabelecidos na Lei 8.142/90. Dessa forma os Conselhos de Saúde são entendidos como órgãos colegiados de caráter debilitativo, cuja atuação envolve a formulação, proposição de estratégia e controle das execuções das políticas públicas e saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) nas esferas de governos municipais, estaduais e federal, podendo ainda ser organizado os Conselhos Regionais, Distritais, Locais e Distritais Indígenas, estes devem ser coordenados pelos Conselhos de Saúde do seu ente federativo correspondente (9).

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde, e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.(10)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou em novembro de 2003 a Resolução nº 333 que aprovou as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, após amplas discussões na 9ª, 10 e 11ª Conferência de Saúde com bases legais na Constituição Federal de 1988, Lei 8080/90 e a Lei 8142/90, com o objetivo de fortalecer os Conselhos de Saúde.

Segundo a Resolução a criação e reformulação dos Conselhos de Saúde devem ocorrer seguindo os princípios democráticos, de forma a atender as necessidades da população estabelecidas nas conferências de saúde de cada ente federativo, viabilizando a



discussão, acompanhamento, avaliação e fiscalização inclusive os aspectos econômicos e financeiros dos Planos de Saúde (10).

As competências Básicas dos Conselhos de Saúde estão descritas na lei n: 8142/1990, para melhor compreender podemos distribuí-los em dois grupos distintos: no primeiro estão às competências ligadas ao controle e planejamento das e segundo seria a área de articulação (10).

A democracia constitui um valor fundamental, sendo o Brasil um Estado Democrático de Direito onde a saúde é tida como um direito social de valor universal e de relevância pública ligada à proteção e a dignidade humana é indispensável à participação social visando o aprimoramento na elaboração, planejamento e efetivação das políticas públicas conforme as normativas legais do ordenamento jurídico do Direito a Saúde (11).

A abertura de espaços para discussão, podemos destacar aqui a 8ª Conferência de Saúde foi um grande avanço para legitimar a participação social na consolidação do Sistema de Saúde estabelecido na Constituição de 1988, outros projetos que se destacaram na consolidação do atual sistema de saúde brasileiro foram o Plano de Localização de Unidade de Serviço, que em termos práticos possibilitaram a ação programada de saúde coletiva e o projeto Monte Claros, destacado principalmente pela implantação de uma administração democrática descentralizada e integral da assistência de saúde.

Portanto, ressaltamos que um dos aspectos mais relevantes desses movimentos sociais foi, e tem sido, na medida em que essas referências encontram-se resentes, inclusive nos discursos que coletamos junto aos representantes do Conselho Municipal de Saúde, o de “cristalizar” o significado de cidadania, não somente em termos de conquistas materiais e sociais, mas também na constituição de uma “identidade” que se opõe à ideia da exclusão, ou de uma sociedade com dois tipos de “cidadãos”. O termo cidadania deixa de ter seu significado meramente “jurídico”, para indicar esse “emblema” do “Movimento Social (12).

Dallari (12) apresenta uma reflexão a respeito do uso da terminologia participação social, segundo a autora “o termo participação tem sido amplamente utilizado para se a movimento”. Dessa forma temos uma substituição ideológica do termo movimento social por participação social, que de forma específica, quando analisamos a transição democrática dos anos 80, amplia nossa identidade social, firmado os direitos de cidadania nos planos político e econômico no plano institucional da sociedade.



Metodologia

O trabalho foi realizado a partir de um estudo exploratório documental analítico-sintético. Segundo Alvarenga (13) “pesquisa desse formato visa à inclusão de textos normativos para a avaliação e aplicação de fatos sociais concretos devendo considerar os limites elementares da investigação”. E foram utilizadas fontes primárias entre elas o Regimento Interno do Conselho e as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto, registradas no período de janeiro de 2010 a junho de 2012, bem como leis, resoluções e normas que tratam especificamente da participação social no Sistema Único de Saúde. As pesquisas bibliográficas são realizadas através de levantamento e análise de produções textuais em documentos, normas, leis fontes de dados disponíveis em meios eletrônicos e publicações de relevância científica. Com objetivo de verificar se os temas discutidos nas reuniões do conselho estão condizentes com suas atribuições e diretrizes regulamentadoras (14).

Resultados e Discussões

O Regimento Interno do Conselho Municipal de Santo Antônio do Descoberto (CMS-SAD) determina entre as competências descritas na Portaria 333/2003 a formulação de estratégias, controle e acompanhamento do serviço de saúde, bem como as responsabilidades de organizar na Conferência Municipal de Saúde segundo as normativas estabelecida pelo Ministério da Saúde.

A representatividade social segue os critérios de paridade descrita na Lei 8142/90 e a Portaria 333/2003 sendo um total de doze conselheiros distribuídos dentro dos seguintes critérios três representantes do governo e/ou prestadores de serviço indicados pelas entidades prestadoras de serviço e os representantes do governo indicados pelo gestor municipal de saúde, sendo que este considerado membro nato do conselho.

**Tabela 1-** Composição dos representantes do Conselho Municipal de Santo Antônio do Descoberto.

Grupo	Seguimento Social	Número de representantes
Representantes do Governo.	Representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	03
Representante dos prestadores de serviços.	Laboratório Carlos Chagas	01
Representante dos prestadores de serviços filantrópicos de serviço de saúde.	Fraternidade Eclética Espiritualista Universal	01
Representante dos trabalhadores de saúde	Trabalhadores efetivos da SMS	03
	Trabalhador de estabelecimento privado de saúde	01
Representante dos usuários	Associação Comercial	01
	Associação Juventude Presente	01
	Associação dos Moradores do Parque Estrela Dalva	01
	Comunidade Rural de Pontizinha	01
	Associação Ação Social e Comunitária Jardim Serra Dourada	01
	Associação dos Idosos	01

Os ocupam vagas no CMS-SAD que segundo o Estatuto deveriam ser eleitos em fóruns ampliados, porém não são descritos de que forma e quais devem ser esses fóruns. Ou ponto observado é fato do secretário municipal de saúde ser citado como membro nato do CMS-SAD, um fato a ser destacado é que entre o grupo que representa a comunidade temos dois servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde.

Os objetivos e competências descritas no Estatuto interno estão de acordo com Portaria 333/2003 a lei 8142/90. A organização e funcionamento do conselho estabelece a função de conselheiro como de relevância Pública voluntária e garante a dispensa aos trabalhos sem que haja prejuízo aos conselheiros.

O parágrafo II art. 7 do Estatuto do Conselho estabelece que a representatividade da mesa diretora do CMS-SAD será renovada de 2 em 2 anos e no art. 7 e segundo o do



capítulo IV art. 12 “o mandato de cada Conselheiro será de 4 anos, no entanto, os atuais representantes da mesa diretoras estão na direção a cerca de 6 anos.

O CMS-SAD realizou durante o período de janeiro de 2010 a junho de 2012, 26 reuniões ordinárias e 07 plenárias extraordinárias, as reuniões ordinárias são realizadas rigorosamente segundo o Estatuto interno com uma frequência de 11 reuniões anuais.

Tabela 2 - Reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto.

Ano	Reuniões ordinárias	Reuniões Extraordinárias
2010	08	04
2011	11	02
2012	07	01

As convocações das plenárias extraordinárias foram feitas pelo presidente do Conselho, para atender as solicitações dos então gestores de saúde, todas para tratar de assuntos financeiros e pendências em parecer técnico de análise de contrapartida do Estado para o Fundo Municipal de Saúde.

As reuniões ordinárias avaliadas mostraram um padrão nos temas discutidos, ficando evidente que os temas de menor relevância, ou que não tem um grande impacto financeiro sempre são enviados ao Conselho para análise de discussão. Enquanto contratos de compras licitações e serviço de impacto financeiro de forma geral só são enviados como informativo não como ponto para discussão e aprovação.

As atribuições exercidas pelos conselheiros do CMS-SAD estabelecidas no Estatuto do Conselho Municipal são:

1. Solicitar, justificadamente documentos referentes a assuntos constantes nas pautas das reuniões;
2. Solicitar diligência em processos
3. Apreciar e votar os assuntos submetidos ao conselho;
4. Informar a comunidade, entidade ou órgão que represente os assuntos tratados nas reuniões;
5. Submeter a processo de educação permanente;



6. Comparecer as reuniões;

7. Apresentar projetos e formular soluções no âmbito de competência do conselho;

A inserção de documentação para deliberação do conselho, para ser incluídas na pauta da reunião, deve ser enviada a secretaria executiva do conselho com antecedência mínima de três dias úteis, esses documentos são previamente analisados e ordenados em numeração crescente de acordo com os critérios de pertinência, relevância, tempestividade e precedência. Após a elaboração das pautas é encaminhada a mesa diretora e encaminhadas aos conselheiros com antecedência de dois dias úteis e fixada no mural interno da sede do conselho.

O plenário do Conselho é tido como órgão de deliberação máxima com realização de uma reunião mensal, sempre na última terça-feira útil de cada mês podendo o Presidente convocar reuniões extraordinárias. A convocação extraordinária também pode ser feita maioria absoluta dos membros do conselho, ou seja, sete membros titulares. As reuniões plenárias são abertas ao público, tendo direito de voz apenas após a aprovação da maioria dos conselheiros.

Considerações finais

As frequências das reuniões ordinárias estão de acordo com o preconizado no Estatuto e número de reuniões extraordinárias vem sendo reduzidas, a cada ano.

Nos casos onde envolve importante impacto financeiro o Conselho apenas toma conhecimento após os gestores já terem realizado a ação, de maneira prática quando isso ocorre, poucas intervenções dois aspectos devem ser considerados primeiramente: a necessidade de capacitação dos conselheiros, o segundo ponto a ser destacado, diz respeito ao domínio dos servidores da saúde, cinco conselheiro que possuem cargo de confiança na Secretaria de Saúde, ocupam as vagas de conselheiro, sendo que desses três são representantes dos servidores da saúde e um representam os prestadores de serviço, pois apesar de manter um cargo comissionado na Secretária Municipal de Saúde também possui clínica privada no município inclusive com convênio para prestação de serviço no Sistema Único de Saúde e por fim um conselheiro que representa o grupo dos usuários, também possui cargo por contrato temporário na Secretaria, essa situação acaba gerando um comprometimento principalmente na fiscalização dos recursos financeiros.



A participação social na gestão do serviço de saúde sem dúvida representa um dos maiores ganhos para os usuários do Sistema Único de Saúde, a efetivação desse direito deve ser feita de forma responsável. Ainda estamos em fase de adaptação nesse recente modo de intervenção social, sendo necessário que gestores, profissionais e usuários tenham consciência da sua importância no exercício pleno da cidadania e o mais breve tenhamos um serviço de saúde de qualidade para todos.

Referências

1. Aith, FMA. Consolidação do direito sanitário no Brasil. *In: Introdução Crítica ao Direito à Saúde*, in *O Direito Achado na Rua*, Costa, AB, et al (Org.). Brasília, 2008. .
2. Marchewka, TMN. Saúde mental no contexto do Direito Sanitário *In: Introdução Crítica ao Direito à Saúde*, vol. 4, série *O Direito Achado na Rua*, Costa, AB et al (Org.). Brasília, 2008.
3. Escorel, S, Nascimento, DR, Edler, FC. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. LIMA, NT et alli (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005..
4. Cotta, RMM; Cazal, MM; Martins, PC. Conselho Municipal de Saúde:(re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2010, 15 (5): 2437-2445. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a18.pdf>. [Acesso em 06 dez. 2012].
5. Vasconcelos, W. Observatório da saúde no legislativo: informação e comunicação a serviço da participação social em saúde. *Estudos de Direito Sanitário: a produção normativa*. Romero, LCP; Delduque, MC (orgs.), Brasília, 2011 p. 163-173.
6. Guizardi, FL, Pinheiro, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 797-805. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. [Acesso em 6 de dez. 2012]
7. Wendhausen, Á, Cardoso, SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 set-out; 60(5): 579-584.
9. ZelenovskY, MAF. O Tribunal de contas da União e os Conselhos de Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de controle. *In: Introdução Crítica ao Direito à Saúde*, vol. 4, série *O Direito Achado na Rua*. Costa, AB et al. (Org.). Brasília, 2008, p. 333-351.
11. Aith, FMA emergência do direito sanitário como um novo campo do direito. *Estudos de Direito Sanitário: a produção normativa*. Luiz Carlos Romero e Maria Célia Delduque (Org.), Brasília, 2011 p. 13-39.



12. Dallari, SG. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996..

13. Alvarenga, MAFP, Rosa, MVF. Apontamentos de Metodologia para a ciência e técnica de redação. Porto Alegre, 2003.

14. Ruíz, JÁ. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos, São Paulo, 2008p. 57-60.

8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 5 de out. 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> [Acesso em: 12 out. 2012.]

10. 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. (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. [Acesso em: 12 out. 2012.]

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em: 17.7.2017

Como citar este artigo:

Silva, RB. Atuação e competência do Conselho Municipal de Saúde Santo Antônio do Descoberto, DF. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):90-100.



Do acidente médico à responsabilidade civil médica no ordenamento jurídico da República Popular da China

From medical malpractices to medical civil liability in the legal system of the People's Republic of China

De los errores médicos a la responsabilidad civil médica en el ordenamiento jurídico de la República Popular de China

Man Teng long¹

RESUMO: Objetivos - observar se o regime do erro médico previsto no Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos perde ou não a sua utilidade prática a partir da entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Civil da República Popular da China que prevê especificamente um regime da responsabilidade pelos danos causados por tratamentos médicos; segundo, ver se a constituição de acidente médico ainda é um pressuposto da responsabilidade civil médica prevista na lei citada; terceiro, ver se ambos os regimes, agora de diferentes diplomas legais, requerem os mesmos requisitos e se cada um destes tem o mesmo âmbito. **Metodologia** - executaram-se estudos bibliográficos e normativos que se relacionam com os dois regimes. **Resultado e conclusão** - o regime de acidente médico apenas perde a sua utilidade prática relativa à responsabilidade civil médica, mas ainda se mantém a sua utilidade prática de natureza administrativa. A constituição de acidente médico não é um pressuposto da responsabilidade civil médica prevista na nova lei. Os requisitos para ambos os regimes são o facto ilícito, negligência médica ou culpa, dano,nexo de causalidade e instituição médica e profissionais de saúde como sujeitos, mas alguns destes requisitos têm âmbito diferente, como nas partes relativas à ilicitude, à negligência médica ou culpa e ao dano.

Palavras-chave: Erro médico. Responsabilidade profissional. Dano ao Paciente

ABSTRACT: Objectives - Firstly, to test whether the regime of medical accident regulated by the Regulation on the Handling of Medical Accident loses its practical use since the effectiveness of the Tort Law of the People's Republic of China, which provides for a regime of liability for damages caused by medical treatments; Secondly, evaluate whether the characterization of medical accident is still part of medical civil liability regulated in the Chinese Tort Law ; Thirdly, discuss if both regimes - which now originate from different legal documents - contain the same requirements and the same scope. **Methodology** - were mainly based on bibliography and the investigation of norms related to both regimes. **Result and Conclusion** - even though the regime that regulates medical accidents loses its practical use regarding the medical civil liability, it still maintains its utility as a practical guide for administration. The existence of medical accident is not a direct need to characterize medical civil liability regulated in the new law. The illicit fact, medical negligence or fault, damage, causality and medical institution and medical staff members as subjects are the requisites of both regimes. Notwithstanding some of them have different

¹ Ph.D. Researcher of Faculty of Law of University of Macau. Juridical Consultant and Notary of Macau Health Bureau. E-mail: manteng.iiong@gmail.com



understanding, such as the contents relating to the illegality, to medical negligence or fault and damage.

Keywords: Medical errors. Medical liability. Patient Harm.

RESUMEN: Objetivos: En primer, observar si el régimen del accidente médico pierde o no su utilidad práctica a partir de la entrada en vigor de la Ley de Responsabilidad Civil de la República Popular de China. La Ley prevé específicamente un régimen de la responsabilidad por los daños causados por tratamientos médicos; en segundo, evaluar si la constitución de accidente médico sigue siendo un supuesto de la responsabilidad civil médica prevista en la ley citada; En tercer, analizar si los dos regímenes, que pertenecen a diferentes diplomas legales, exhiben los mismos requisitos y si cada uno de ellos tiene el mismo alcance. **Metodología:** se realizaron estudios bibliográficos y normativos que se relacionan con los dos regímenes. **Resultado y conclusión:** el régimen de accidentes médicos sólo pierde su utilidad práctica relativa a la responsabilidad civil médica, pero sigue siendo de utilidad práctica de carácter administrativo. La caracterización del accidente médico no es un supuesto de la responsabilidad civil médica prevista en la nueva ley. Los requisitos para ambos regímenes son el hecho ilícito, negligencia médica o culpa, daño, nexo de causalidad e institución médica y profesionales sanitarios como sujetos, pero algunos de estos requisitos tienen un ámbito diferente, como en las partes relativas a la ilicitud, la negligencia médica o la culpa y el daño.

Palabras-clave: Accidente médico. Responsabilidad médica. Daño al paciente.

Introdução

No presente ordenamento jurídico da República Popular da China (RPC), o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos (Regulation on the Handling of Medical Accident) prevê um regime de acidente médico contendo normas jurídicas de naturezas civil e administrativa. Contudo, a partir de 1 de Julho de 2010, data da entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Civil da RPC (Tort Law of the People's Republic of China), esta lei prevê um capítulo específico (Capítulo VII Responsabilidade para Danos Causados pelo Tratamento Médico) contendo disposições jurídicas de natureza civil e, no entanto, não revogou as normas de natureza civil daquele regulamento. Neste contexto, é duvidoso se o referido regulamento ainda tem a sua natureza civil.

Portanto, este artigo, pelos estudos bibliográficos e normativos, destina-se a resolver as questões seguintes: se o regulamento acima mencionado ainda mantém a sua natureza civil? Em caso negativo, se a constituição de um acidente médico ainda é um pressuposto da responsabilidade civil médica prevista na nova lei? Quais são os requisitos da responsabilidade civil médica que a nova lei prevê e, comparando com os requisitos do acidente médico, aqueles requisitos têm o mesmo âmbito destes requisitos?



Para melhor esclarecimento e resolução das questões *supra* referidas, este texto segue a seguinte estrutura: primeiro, apresentação relativa à evolução do termo “acidente médico”; segundo, apresentação sobre a mudança do regime de acidente médico ao regime da responsabilidade civil médica, resolvendo-se as primeiras duas questões acima levantadas; por fim, apresentação sobre os requisitos do acidente médico e da responsabilidade civil médica, analisando se ambos os regimes têm os mesmos requisitos e se cada um destes tem o mesmo âmbito.

Com os estudos bibliográficos e normativos realizados, temos as seguintes conclusões: primeira, o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos apenas mantém a sua natureza administrativa a partir da entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Civil da RPC; segunda, a constituição de um acidente médico não é um pressuposto da responsabilidade civil médica prevista na nova lei; finalmente, por um lado, os requisitos de ambos os regimes são facto ilícito, negligência médica ou culpa, dano,nexo de causalidade e instituição médica e profissionais de saúde como sujeitos, e por outro lado, alguns dos requisitos da responsabilidade civil médica têm âmbito diferente comparando com o âmbito dos mesmos requisitos do acidente médico, como nas partes relativas à ilicitude, à negligência médica ou culpa e ao dano.

Evolução do conceito do “acidente médico” no ordenamento jurídico da RPC

O conceito do acidente médico apareceu, pela primeira vez, no ordenamento jurídico da RPC a partir de 29 de Junho de 1987, data da entrada em vigor das Medidas para o Tratamento de Acidentes Médicos (Measures for the Handling of Medical Accidents), promulgadas pelo Conselho Estadual da RPC, cujo artigo 2.º previa o seguinte:

O acidente médico previsto nestas Medidas é aquele que, durante o exercício de diagnóstico, tratamento e enfermagem e pela negligência dos profissionais de saúde, causa diretamente a morte, incapacidade ou dano nos tecidos e órgãos de paciente que conduz à disfunção².

Deste conceito podemos retirar que anteriormente se exigiriam como requisitos de acidente médico os seguintes: facto ilícito, negligência médica, dano, causalidade entre o facto ilícito e o dano, e profissional de saúde como sujeito responsável (1).

² Tradução livre.



Esse conceito sofreu uma mudança a partir da entrada em vigor do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos (*Regulation on the Handling of Medical Accident*) em 1 de Setembro de 2002, emitido pelo Conselho Estadual, e passou a ter a redação seguinte:

O termo “acidente médico” mencionado no presente Regulamento deve referir-se àqueles que tenham causado lesão pessoal aos pacientes por negligência de instituição médica ou seus profissionais de saúde nas atividades de tratamentos médicos, pela violação das leis, regulamentos, regras ministeriais sobre tratamento e saúde médica, ou padrões ou convenções de tratamento médico ou enfermagem³.

Deste conceito novo podemos entender que se constitui um acidente médico caso sejam cumpridos os seguintes requisitos: facto ilícito, negligência médica, dano, causalidade entre o facto ilícito e o dano, bem como instituição médica e seus profissionais de saúde como sujeitos responsáveis.

Comparando com o conceito anterior, o conceito novo tem um âmbito de aplicação mais abrangente no que se refere ao dano, aos sujeitos responsáveis e à causalidade: por um lado, enquanto o conceito anterior exigia pelo menos a disfunção causada no paciente, o conceito recente exige a ocorrência de dano com menos seriedade, pelo que o dano que não cause disfunção no paciente agora já pode ser um requisito que constitui um acidente médico, caso os outros requisitos deste sejam também cumpridos; por outro lado, os sujeitos responsáveis pelo acidente médico podem ser a instituição médica e os seus profissionais de saúde, em vez de apenas estes últimos, como exigia o conceito anterior; por fim, foi eliminada a palavra “diretamente” do conceito anterior, o que quer dizer que a causalidade é mais larga na sua aplicação do que anteriormente (4).

Do regime de acidente médico ao regime da responsabilidade civil médica

Antes de 1 de Julho de 2010, data da entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Civil da RPC, o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos desempenhava um papel muito importante para analisar se um ato médico constituía um acidente médico. Em caso afirmativo, por um lado, a instituição médica poderia ser civilmente responsável pelo dano causado no paciente nos termos dos seus artigos 46.º a 52.º (Capítulo V

³ Tradução livre.



Compensações para Acidentes Médicos); por outro lado, a instituição médica e os seus profissionais de saúde que tivessem praticado o ato médico em causa poderiam apanhar sancionamento de natureza administrativa, ao abrigo dos seus artigos 35.º a 45.º (Capítulo IV Sancionamento e Supervisão Administrativas de Acidentes Médicos) e dos artigos 53.º a 59.º (Capítulo VI Disposições de Sancionamento). Portanto, a constituição de um acidente médico seria um pressuposto da responsabilidade civil médica e do sancionamento administrativo.

Após a entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Civil da RPC, esta lei prevê um capítulo específico relativo à responsabilidade civil médica (Capítulo VII Responsabilidade para Danos Causados pelo Tratamento Médico). Como esta lei não prevê o termo “acidente médico” e, em simultâneo, não revogou o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos, surgiu a questão de saber se a constituição de um acidente médico ainda é um pressuposto da responsabilidade civil médica prevista nesta lei. A resposta é negativa. Independentemente de constituição de um acidente médico, desde que haja dano causado no paciente durante a atividade médica, são aplicáveis as disposições previstas no Capítulo VII da Lei de Responsabilidade Civil da RPC (12). Em teoria, apenas quando ambas as partes (o paciente e a instituição médica) requerem ao tribunal a resolução da disputa médica conforme as disposições reguladas no Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos, o tribunal pode afirmar a responsabilidade civil e a respetiva indemnização nos termos do mesmo regulamento, mas na prática jurisprudencial tal não é possível porque a instituição médica não pode citar as disposições legais no referido regulamento caso o paciente insista em apresentar o seu recurso contencioso conforme a nova lei (12). É evidente que o paciente sempre recusa a aplicação dess regulamento e prefere recorrer à nova lei para apresentar o seu recurso contencioso, porque esta última lei não exige a constituição de um acidente médico que depende dos certos procedimentos de autenticação técnica de acordo com os artigos 20.º a 34.º (Capítulo III Autenticação Técnica de Acidentes Médicos). Por conseguinte, o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos, nomeadamente os seus artigos 46.º a 52.º (Capítulo V Compensações para Acidentes Médicos), perde a sua utilidade prática no âmbito da responsabilidade civil médica. É muito estranho que, ao perder essa sua utilidade prática, os artigos 46.º a 52.º (Capítulo V Compensações para Acidentes Médicos)



do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos não foram revogados pela Lei de Responsabilidade Civil da RPC.

Ora, resta saber se o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos ainda tem a sua utilidade prática no âmbito do sancionamento de natureza administrativa. Como a aplicação das sanções administrativas ainda depende da ocorrência de um acidente médico que, por sua vez, depende dos determinados procedimentos de autenticação técnica, é necessário saber, antes de tudo, se o departamento administrativo de saúde pode por sua iniciativa pedir a autenticação técnica de acidentes médicos a qualquer das Associações Locais de Ciência Médica (isto é, entidades responsáveis pela autenticação técnica), para que o mesmo departamento proceda ao sancionamento de natureza administrativa à instituição médica infratora após ter sido qualificado pela associação local um acidente médico.

Ao responder esta pergunta, é necessário conhecer quais são as formas de iniciação de autenticação técnica de acidentes médicos. A autenticação técnica de acidentes médicos pode iniciar-se por três formas: primeira, iniciação pelo departamento administrativo de saúde; segunda, iniciação pelo consentimento de ambas as partes; terceira, iniciação pelo tribunal que entende necessária a autenticação técnica (13). Relativamente à primeira forma, o departamento administrativo de saúde pode, por sua iniciativa, transmitir o caso a qualquer das Associações Locais de Ciência Médica para efeitos de autenticação técnica, depois de ter recebido o relatório da instituição médica sobre atos médicos negligentes graves ou após qualquer das partes⁴ apresentar o seu requerimento de tratamento de disputa médica ao departamento administrativo de saúde local, nos termos do artigo 20.º do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos. No que concerne à segunda forma, o consentimento de ambas as partes perde a sua utilidade prática porque o paciente prefere recorrer à Lei de Responsabilidade Civil da RPC para a resolução da disputa médica e para o pedido de indemnização por esta lei não exigir a autenticação técnica e a ocorrência de um acidente médico, ao contrário do que sucede no Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos. No que respeita à terceira forma, a iniciação pelo tribunal também perde a sua utilidade porque o tribunal só

⁴ Como se disse, é evidente que o paciente não apresenta um tal requerimento e prefere recorrer à Lei de Responsabilidade Civil da RPC para a resolução da disputa médica porque esta lei não depende de constituição de um acidente médico.



pode analisar o caso e, entendendo necessário, entregar o caso a qualquer das Associações Locais de Ciência Médica para efeitos de autenticação técnica, quando o paciente apresenta o mesmo caso ao tribunal para efeitos de indemnização de danos causados nos termos do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos, mas a verdade é que o paciente prefere apresentar o caso ao tribunal de acordo com a Lei de Responsabilidade Civil da RPC porque esta lei não exige os procedimentos da autenticação técnica e a constituição de um acidente médico.

Pelo exposto, podemos concluir que o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos ainda se mantém a sua utilidade prática no âmbito do sancionamento de natureza administrativa, porque o departamento administrativo de saúde local ainda pode, por sua iniciativa, entregar o caso a qualquer das Associações Locais de Ciência Médica para efeitos de autenticação técnica de acidente médico. Ou seja, esse regulamento, mesmo perdendo a sua natureza civil, ainda mantém a sua natureza administrativa.

Requisitos do acidente médico e da responsabilidade civil médica

Como os regimes do acidente médico e da responsabilidade civil médica, agora ambos regulados pelos diplomas diferentes, dependem dos determinados requisitos, convém analisar se têm os mesmos requisitos e se cada um destes tem o mesmo âmbito.

Do facto ilícito

Do conceito de acidente médico podemos entender que a ilicitude implica a violação das leis, regulamentos, regras ministeriais sobre tratamento e saúde médica, ou padrões ou convenções de tratamento médico ou enfermagem. No enquadramento jurídico da RPC, as leis sobre tratamento e saúde médica referem-se à Lei sobre Médicos Praticantes da RPC (*Law on Practicing Doctors of the People's Republic of China*) e à Lei de Administração Farmacêutica da RPC (*Pharmaceutical Administration Law of the People's Republic of China*); os regulamentos sobre tratamento e saúde médica dizem respeito ao Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos (*Regulation on the Handling of Medical Accident*) e ao Regulamento para a Administração de Instituições Médicas (*Regulation on the Administration of Medical Institutions*); as regras ministeriais sobre tratamento e saúde médica têm relação com as Regras Detalhadas sobre a Implementação do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos (*Detailed Rules*



on the Implementation of the Regulation on the Handling of Medical Accident) e com as Regras Detalhadas sobre a implementação do Regulamento para a Administração de Instituições Médicas (*Detailed Rules on the Implementation of the Regulation on the Administration of Medical Institutions*); por fim, os padrões e convenções de tratamento médico ou enfermagem englobam as regras e orientações internas de instituições médicas, bem como as *leges artis* (5). A ilicitude que o acidente médico exige deve abranger apenas o âmbito *supra* limitado e não se deve ampliá-lo, porque caso contrário se ampliaria o âmbito de acidente médico e, deste modo, agravaria a sua responsabilidade (9). No entanto, há quem entenda que a violação de tais disposições não implica ilicitude, mas sim a existência de negligência (18). Esta posição não me parece correta porque o que podemos entender é que a ilicitude presume a culpa, não perdendo a sua existência.

No âmbito da responsabilidade civil médica prevista na Lei de Responsabilidade Civil da RPC, a ilicitude implica que durante o diagnóstico e tratamento médico a instituição médica e seus profissionais de saúde violam as obrigações legalmente previstas que protegem os direitos e interesses civis, como o direito à vida, o direito à saúde, direito à integridade física, direito à autodeterminação, direito à privacidade, direito à propriedade, etc. (7) Dizendo de outra forma, a ilicitude tem como consequência a violação de qualquer das obrigações legalmente previstas. Por isso, podemos entender que a ilicitude que a responsabilidade civil médica exige é mais abrangente do que a ilicitude do acidente médico, porque as obrigações legais podem ser várias e não se limitam apenas às disposições relativas ao tratamento e saúde médica, como ocorre na ilicitude do acidente médico⁵.

Existe autor que vai mais longe, negando a ilicitude como um dos requisitos da responsabilidade civil médica (8). Caso se entendesse assim, a instituição médica cujos profissionais de saúde praticam atos médicos lícitos poderia ser responsabilizada pelos danos causados ao paciente. O que não faz nenhum sentido, porque a instituição médica e seus profissionais de saúde só têm obrigação de meio e não obrigação de resultado. Caso contrário, a instituição médica e seus profissionais de saúde promoveria mais a medicina defensiva para que não houvesse qualquer dano causado ao paciente, o que influencia o desenvolvimento ou avanço médico.

⁵ Por exemplo, a obrigação legal de respeitar o direito à autodeterminação do paciente, cuja violação não implica a ilicitude do acidente médico porque não se trata da violação de uma disposição relativa ao tratamento e saúde médica.



Mais se acrescenta que os profissionais de saúde, que violem as leis, regulamentos, regras ministeriais sobre tratamento e saúde médica, ou padrões ou convenções de tratamento médico ou enfermagem, podem atuar por ação ou por omissão, quer no âmbito do acidente médico (5) quer no âmbito da responsabilidade civil médica (7). No que respeita à comissão por omissão, esta só é ilícita quando os profissionais de saúde se sujeitam ao certo dever jurídico e não o cumprem (7).

Por fim, é de salientar que, quer no acidente médico quer na responsabilidade civil médica, o ato médico ilícito deve ocorrer durante a atividade médica, isto é, entre a marcação de consulta e o término de tratamento, bem como dentro da instituição médica, pelo que fora deste âmbito temporal e espacial o que se trata não de acidente médico nem de responsabilidade civil médica, mas sim de prática médica ilícita, o que pode causar responsabilidade civil ou/e criminal em geral (4) (5) (16) (20).

Da negligência médica ou culpa

No âmbito do acidente médico, como acima esclarecido, só a negligência médica pode ser requisito que constitui o acidente médico. No ordenamento jurídico da RPC, a negligência médica engloba duas formas, a negligência e a negligência excessivamente confiante (4). A primeira forma significa que o ator deveria prever que o seu próprio ato poderia causar danos a outrem, mas que com a negligência não o previu; a segunda forma implica que o ator já previu que o seu próprio ato poderia causar danos a outrem, mas teve confiança excessiva de que pode evitá-los (14) (16).

Na doutrina chinesa existe uma posição minoritária, entendendo que, além da negligência médica, o dolo também se dá para constituir um acidente médico (3). Todavia, esta posição não faz nenhum sentido, por duas razões: por um lado, porque o Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos prevê expressamente a negligência médica como um dos requisitos de acidente médico; por outro lado, porque o dolo faz com que a instituição médica e seus profissionais de saúde tenham responsabilidade civil e/ou criminal, caso sejam cumpridos os respetivos requisitos, não se constituindo um acidente médico.

Diferentemente do acidente médico, a responsabilidade civil médica exige a culpa que inclui não só a negligência médica, como também o dolo, mas na maioria das vezes o que ocorre é a negligência médica porque a ética médica exige aos profissionais de saúde



atenderem aos seus pacientes como seus familiares (7). No que se refere à culpa, convém transcrever o artigo 57.º da Lei de Responsabilidade Civil da RPC:

Durante o diagnóstico e tratamento médico, caso os profissionais de saúde não exerçam o dever de cuidar correspondente ao nível atual de tratamento médico e causem lesões ao paciente, a instituição médica em causa é responsável pela indemnização.

Desta disposição jurídica podemos entender que no ordenamento jurídico da RPC o critério para afirmar a culpa dos profissionais de saúde baseia-se em verificar se o seu dever de cuidar corresponde ou não ao nível atual de tratamento médico. No nosso entendimento, como entendem também alguns autores, esse nível atual de tratamento médico deve variar conforme a especialidade médica e urgência médica. Relativamente à especialidade médica, como numa instituição médica normalmente existem várias especialidades (por exemplo, pediátrica, ortopedista, obstetrícia e ginecologia, etc.), não podemos, nem devemos exigir o conhecimento de uma especialidade a que um médico não pertence e afirmar a sua culpa. No entanto, caso um médico que não tenha o nível de determinada especialidade insista em proceder ao tratamento desta especialidade, a sua culpa deve ser analisada conforme o nível desta mesma especialidade, com vista à proteção do interesse do paciente; ao invés, se um médico de determinada especialidade atuar como um médico geral, analisa-se a sua culpa conforme o dever de cuidar de um médico geral (6). No que concerne à urgência médica, a urgência de tratamento médico deve levar à redução do grau do dever de cuidar por parte dos profissionais de saúde porque durante a situação urgente não é possível exigir a um médico fazer, por exemplo, diagnóstico atempado ou observação cuidadosa ao paciente e ter uma capacidade suficiente de pensar, como se faz normalmente. Por outras palavras, ao analisar a culpa dos profissionais de saúde, deve atender-se, caso a caso, à proporcionalidade entre o grau de urgência e o grau do dever de cuidar. Contudo, há exclusão da culpa quando não é possível exigir que os profissionais de saúde em causa cumpram o dever de cuidar (6).

Há quem entenda que deve considerar-se também a territorialidade médica, no sentido em que, por um lado, existe diferença óbvia entre hospitais gerais e hospitais pequenos no que se refere aos equipamentos e profissionais de saúde, por outro lado, existe diferença entre hospitais de zona economicamente desenvolvida e hospitais de zona remota (6). Parece-me que este entendimento não deve ser acolhido, porque os



profissionais de saúde ao entenderem que a sua instituição médica não tem as condições devidas para realização de determinados diagnósticos ou tratamentos médicos devem informar o paciente da necessidade de transferência para uma outra instituição médica com essas condições, em vez de insistência no tratamento médico que não seja muito útil ou tenha mais risco para o paciente.

Ademais, desde que haja culpa no tratamento médico por parte dos profissionais de saúde, a instituição médica a que pertencem tem, em simultâneo, culpa de seleção, gestão e educação, o que se trata da responsabilidade vicária (7). O que quer dizer que a existência da culpa dos profissionais de saúde presume a culpa da instituição médica na qual prestam serviços de saúde, bem como a sua responsabilidade quando sejam cumpridos também os outros requisitos exigidos. A responsabilidade vicária é entendida como aquela de que, caso exista certa relação especial entre o ator e o terceiro ou entre o ator e a vítima, o ator é responsável pelo ato do terceiro que viole os direitos da vítima (10). Desta definição entende-se que se salienta a responsabilidade de instituição médica pelo ato praticado pelos seus profissionais de saúde (11). Na altura, a adoção legislativa da responsabilidade completa de instituição médica teve a intenção de fortalecer a responsabilidade pelo dano causado ao paciente (11).

Para além do critério de afirmar a culpa dos profissionais de saúde e da consequente presunção da culpa da instituição médica, o artigo 58.º da Lei de Responsabilidade Civil da RPC prevê ainda um mecanismo de presunção da culpa da instituição médica, a saber:

Presume-se a culpa da instituição médica caso sejam causados danos a um paciente em qualquer das circunstâncias seguintes:

- (1) a instituição médica viola disposições de leis, regulamentos administrativos, regras ou outras especificações sobre diagnóstico e tratamento médico;
- (2) a instituição médica esconde ou recusa a fornecer processos clínicos relacionados com a disputa;
- (3) a instituição médica forja, falsifica ou destrói processos clínicos.

Sobre a primeira alínea do citado artigo, entende-se que a ilicitude, agora por parte da instituição médica, presume a sua própria culpa. Existem situações em que a instituição médica viola as disposições referidas na primeira alínea do artigo *supra* citado. Por exemplo, há um acórdão que entendeu que, tendo sido formalmente internado o paciente, a instituição médica que por falta de camas lhe pediu voltar para casa à espera da



notificação teve culpa porque o paciente não podia ter diagnóstico profissional e tratamento adequado e, por causa disso, morreu⁶.

Sintetizando todo o exposto acima, entendemos que se presume a culpa da instituição médica por duas formas: primeira, a culpa dos profissionais de saúde presume a culpa da instituição médica em que prestam serviços de cuidados de saúde, conforme o regime da responsabilidade vicária; segunda, a ilicitude, por parte da instituição médica, presume a sua culpa, conforme a primeira alínea do artigo 58.º da Lei de Responsabilidade Civil da RPC.

Do Dano

Da definição do acidente médico entendemos que se exige lesão pessoal causada ao paciente, isto é, danos causados no paciente. Conforme a seriedade de lesão pessoal, o acidente médico pode ser classificado em quatro categorias. Para o efeito, convém transcrever o artigo 4.º do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos:

Os acidentes médicos são classificados em quatro categorias de acordo com a seriedade de lesões pessoais causado ao corpo do paciente:

Grau I de acidentes médicos: aqueles que tenham causado morte ou incapacidade séria do paciente;

Grau II de acidentes médicos: aqueles que tenham causado incapacidade de nível médio ou lesão nos órgãos que leva a sérios obstáculos funcionais;

Grau III de acidentes médicos: aqueles que tenham causado incapacidade de nível suave ou lesão nos órgãos que leva a gerais obstáculos funcionais;

Grau IV de acidentes médicos: aqueles que tenham causado lesão óbvia no corpo de pacientes ou outras consequências.

O critério para os específicos graus é formulado pelo departamento responsável pela saúde do Conselho Estadual.

Desta norma jurídica, bem como do Critério para Classificação do Acidentes Médicos (*Criterion for Classification of Medical Accidents*) que prevê as várias situações para cada grau de acidentes médicos, podemos confirmar que a lesão pessoal inclui apenas a lesão causada no corpo de paciente com determinado grau, não contendo a lesão patrimonial

⁶ Acórdão n.º (2017)兵08民终198号, do Tribunal Popular Intermediário (新疆生产建设兵团第八师中级人民法院), de 5 de Abril de 2017. http://0-www.pkulaw.cn.umaclib3.umac.mo/Case/pfnl_1970324846026016.html?match=Exact (acesso em 12 de Setembro de 2017).



nem a lesão mental. A lesão de integridade física que não tenha o mínimo grau legalmente previsto não pode ser o dano que constitui o acidente médico (4), mas pode ser o dano que constitui a responsabilidade civil médica nos termos da Lei de Responsabilidade Civil da RPC. Por outro lado, as lesões patrimoniais e mentais são consequências resultantes da lesão causada no corpo de paciente e, logo, não podem ser danos que constituam o acidente médico, mas podem ser danos que constituem a responsabilidade civil médica (9). Contudo, há autor que defende que as lesões pessoais no âmbito de acidente médico podem incluir também as lesões patrimoniais e lesões mentais (5).

Ao contrário do que ocorre no âmbito do acidente médico, os danos que o regime da responsabilidade civil médica exige são mais abrangentes, incluindo não só a lesão de integridade física, como também as lesões patrimonial e mental (7). Portanto, é fácil entender que podem ocorrer danos que nem necessitam de ser lesão de integridade física, como o não respeito do consentimento informado do paciente, isto é, violação do direito à autodeterminação do paciente.

Do nexos de causalidade

O nexos de causalidade implica que existe uma relação de causa e de resultado entre o ato médico lícito e o dano causado, aplicando-se quer ao acidente médico quer à responsabilidade civil médica. Na doutrina chinesa, a teoria que se aplica no que se refere ao nexos de causalidade é a teoria da causalidade adequada (ou relativa), quer para o acidente médico (17), quer para a responsabilidade civil médica (7). Esta teoria significa que o ato médico ilícito é uma condição adequada e indispensável para a ocorrência dos danos causados (17).

No âmbito do acidente médico, há autores que defendem ainda a teoria da causalidade indireta (4) (9) (18), no sentido em que o ato é uma condição indireta para a ocorrência dos danos originados, como por exemplo a transfusão sanguínea é uma condição indireta para a ocorrência das consequências adversas e neste caso há nexos de causalidade indireta entre o fornecimento de sangue por parte da instituição fornecedora e as consequências adversas, bem como nexos de causalidade direta entre o ato de transfusão sanguínea por parte da instituição médica e as mesmas consequências adversas (9).



Instituição médica e profissionais de saúde como sujeitos

Quer no âmbito do acidente médico quer no âmbito da responsabilidade civil médica, exigem-se a instituição médica e seus profissionais de saúde como sujeitos. A instituição médica é aquela que obtém a licença de prática de instituição médica com certa categoria nos termos dos artigos 2.º e 3.º das Regras Detalhadas para a Implementação do Regulamento para a Administração de Instituições Médicas (*Detailed Rules for the Implementation of the Regulation on the Administration of Medical Institutions*), enquanto os profissionais de saúde são aqueles que possuem certificado de qualificação e permissão de prática (4). A instituição ou os indivíduos, que não tenham respetivamente a licença exigida ou o certificado de qualificação e permissão de prática, cometem prática médica ilegal, que pode ser imputada com a responsabilidade civil e/ou responsabilidade criminal, nos termos do artigo 61.º do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos.

Sobre os profissionais de saúde, há quem defenda que os profissionais de saúde incluem ainda pessoal de serviços logísticos e de gestão médica, para além daqueles que tenham certificado de qualificação e permissão de prática (5) (16) (19). Contudo, este entendimento não me parece adequado porque quem realiza determinado diagnóstico ou tratamento médico é o médico responsável e, havendo, outros médicos participantes, pelo que, em caso de ocorrência de danos causados ao paciente, é apenas esses médicos que têm a respetiva responsabilidade. O pessoal de serviços logísticos e de gestão médica que só desempenha um papel de auxílio ou de gestão hospitalar não participam diretamente no diagnóstico ou tratamento médico. Caso esse pessoal, por si só, cause danos ao paciente, o que se trata não de acidente médico nem de responsabilidade civil médica, mas sim de responsabilidade civil ou/e criminal em geral, ao abrigo dos Princípios Gerais do Direito Civil da RPC (*General Principles Of the Civil Law Of the People's Republic Of China*) ou do Direito Penal da RPC (*Criminal Law of the People's Republic of China*).

Considerações finais

Pelo exposto, embora a Lei de Responsabilidade Civil da RPC não revogue as normas jurídicas de natureza civil do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos, na doutrina chinesa entende-se que este regulamento perdeu a sua natureza



civil, mantendo apenas a natureza administrativa para efeitos de sancionamento à instituição médica e seus profissionais de saúde infratores. Mesmo assim, ainda surge a questão de saber se a constituição de acidente médico é um pressuposto da responsabilidade civil médica prevista na nova lei e o presente texto concluiu e deu uma resposta negativa.

Tendo um regime novo sobre a responsabilidade civil médica previsto na nova lei, convém ainda analisar se esse regime novo e o regime de acidente médico têm os mesmos requisitos e se cada um destes tem o mesmo âmbito. O presente texto concluiu que os dois regimes têm os mesmos requisitos (isto é, facto ilícito, negligência médica ou culpa, dano, nexos de causalidade e instituição médica e profissionais de saúde como sujeitos), mas alguns destes têm âmbito diferente, como sucede na ilicitude, na negligência médica ou culpa e no dano.

Para que haja uma melhor harmonia nos dois regimes jurídicos, ambos agora dos diferentes diplomas legais, sugere-se que sejam revogadas as normas relativas à responsabilidade civil médica (isto é, Capítulo V Compensações para Acidentes Médicos) do Regulamento para o Tratamento de Acidentes Médicos, com vista a evitar confusões existentes nos dois regimes jurídicos.

Referências

1. Wang HL. Restudy on the Characteristics of Medical Accident. *Tribune of Political Science and Law*. 1987; 4: 24-30.
2. Wang XB, Analysis on Identification and Prevention of Medical Accident. *Harbin Medical Journal*. 2014; 3: 169-170.
3. Yang L, Li Y. 医疗事故认定的法律思考. *Business China*. 2010 Jun.; 200: 146-147.
4. Wu ZY, Zhao YS, Tan QP. 损害赔偿法律精要与依据指引. China: People's Publishing House; 2005.



5. Tian XF, Zhang JH. 试论医疗事故的构成要件. *Inheritance & Innovation*. 2010; 4: 140-141.
6. Wang QL. Discussion on Particularity of Behavior of Medical Negligence. *The Chinese Health Service Management*. 2006; 7: 413-414.
7. Yang LS. *Medical Injury Liability Law*. Beijing: Law Press; 2012.
8. Wang LM. 侵权责任法研究(volume II). Beijing: China Renmin University Press; 2011.
9. Yang WJ. On the Formation of Medical Accidents. *Journal of Political Science and Law*. 2003 Abril; 20 (2): 35-37.
10. Zhang MA. 替代责任的比较研究. *Journal of Gansu Political Science and Law Institute*. 2009 Setembro; 5: 50-58.
11. Yang B. Public Policy, Medical Behavior and Duty: An Observation of Medical Malpractice Liability. *Modern Law Science*. 2011 Setembro; 33 (5): 184-193.
12. Liu Y, Yin SY, Chen Q. Redefinition of the Concept of Medical Malpractice after the Implementation of the Tort Liability Law. *Chinese Academy of Medical Science*. 2012 Março; 20 (2): 55-57.
13. Cheng JG. 与医疗事故技术鉴定程序有关的几个问题. *Tibetan Journal of Medicine*. 2004; 25 (1): 41-44.
14. Liu Z. 疏忽大意的過失與過于自信的過失刑罰區分之必要. *Legal System and Society*. 2012; 34: 260-261.
15. Yang LS. *Tort Liability Law*. Beijing: Law Press; 2011.
16. Ni HL, Liu XL. 论医疗事故构成要件. *Med J Qilu*. 2005 Junho; 20 (3): 267-268.
17. Jian N. 医疗事故中医疗行为与损害后果之间的因果关系. *Journal of Henan Medical College for Staff and Workers*. 2007 Outubro; 19 (5): 504-505.
18. Chen JX. An Analysis of Problems Relevant to the Appraisal of Faulty Medical Treatment. *Journal of Fujian Medical University (Social Science Edition)*. 2006 Setembro; 7 (3): 22-24.



19. Wang R. 论我国医疗损害责任. Journal of HuBei TV University. 2014 Março; 34 (3): 84-85.
20. Yang HY. 医疗损害责任的构成要件及法律适用. Culture and History Vision(Theory). 2010 Outubro; 74-77.

Recebido em: 13.8.2017
Aprovado em: 17.9.2017

Como citar este artigo:

long MT. Do acidente médico à responsabilidade civil médica no ordenamento jurídico da República Popular da China. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):101-117.



Uso de drogas ilícitas na prática do homicídio

The use of illicit drugs in the practice of homicide

Uso de drogas ilícitas en la práctica del homicidio

Clarysse do Carmo Lima¹
Renan Pereira de Lima²
Arlandia Cristina Lima Nobre³

RESUMO: Introdução - O impacto da violência no desenvolvimento urbano tem merecido destaque. As consequências da exposição à violência mais especificamente aos homicídios e ao uso de drogas incluem alterações fisiológicas, neurológicas e de âmbito interpessoal. **Objetivo** - Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de exposição à violência comunitária e identificar associações com exposição às drogas ilícitas e envolvimento com o crime. **Métodos** - Trata-se de um estudo retrospectivo, com uma abordagem observacional e descritiva, a partir da análise de prontuários de condenados pela prática do homicídio, buscando tipificação do crime e informações sobre o uso de drogas ilícitas. **Resultados** - Dos 40 presos em fase de execução cujos prontuários foram analisados, todos eram do sexo masculino, com predomínio da faixa etária entre 21 a 40 anos (n=30, 75%). No que concerne ao grau de escolaridade 47,5% (n=19) não concluíram o ensino fundamental, 35,0% (n=14) eram analfabetos e 17,5% (n=7) apresentavam o ensino médio completo. Considerando a tipificação do crime observou-se que todos cometeram o homicídio na modalidade qualificada, quanto ao motivo, pela futilidade conforme disposto no artigo 121. **Conclusão** - Ao consumir algum tipo de droga ilícita o indivíduo, perde o controle emocional tendo diversos sintomas como alucinação, euforia e psicose que poderiam servir de motivação para a prática de delitos com requintes de crueldade.

Palavras chaves: Drogas ilícitas. Homicídio. Esquizofrenia. Crime.

ABSTRACT: Introduction - The impact of violence on urban development has been an important subject of attention lately. The consequences of the exposure to violence, such as homicides and drug consumption, in particular, result in physiological, neurological and interpersonal alterations. **Objective** - This study has the objective of verifying the relation between the exposure to community violence and the use of illegal drugs and engagement in criminal activities. **Methods** - This is a retrospective study with an observational and descriptive approach. It was conducted by analyzing the medical records of prisoners who were convicted of murder and typifying the crime and information about the use of illegal drugs. **Results** - Out of 40 convicted prisoners whose medical records were analyzed, 100% were male with the prevalence of the 21 to 40 years-old age group (n=30, 75%). As for their schooling, 47.5% (n=19) did not finish elementary school, 35% (n=14) were illiterate and 17.5% (n=7) finished high school. Filtering the data by the type of

¹ Farmacêutica, Fortaleza, Ceará. E-mail: claryssefarma@hotmail.com

² Graduando em Farmácia, Universidade de Fortaleza. E-mail: renan1647@edu.unifor.br

³ Farmacêutica, doutora em farmacologia, Advogada, Professora titular, Curso de farmácia, Universidade de Fortaleza. E-mail: arlandia@unifor.br



crime, it was observed that all prisoners have been convicted of murder, based on futile motivations, as described in article 121. **Conclusion** - Under the influence of illegal drugs people tend to lose their emotional control and display symptoms like: hallucinations, euphoria, psychosis, among others, which could be a motivation to the practice of crimes with exquisite cruelty.

Keywords: Street Drugs. Homicide. Schizophrenia. Crime.

RESUMEN: Introducción: El impacto de la violencia en el desarrollo urbano tiene ganado relieve. Las consecuencias de la exposición a la violencia, en particular los homicidios y al uso de drogas, incluyen alteraciones fisiológicas, neurológicas y de ámbito interpersonal. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo verificar la prevalencia de la exposición a la violencia comunitaria e identificar las asociaciones en exposición a drogas ilícitas y relación con el crimen. **Métodos:** Este estudio es retrospectivo, con un abordaje observacional y descriptivo. El tiene como basis el a análisis de los registros médicos de condenados por la práctica de homicidio, a buscar tipificación del crimen e informaciones sobre el uso de drogas ilícitas. **Resultados:** De 40 presos condenados y cuyos registros médicos fueron analizados, todos eran del sexo masculino, con predominância de la faja etária entre 21 a 40 años (n=30, 75%). En lo que concierne al nivel de escolaridad 47,5% (n=19) no concluyeron la enseñanza básica, 35,0% (n=14) eran analfabetos, 17,5% (n=7) presentaban la enseñanza media completa. A considerar la tipificación del crimen, fue observado que todos han cometido el homicidio en la modalidad cualificada. Con respecto a la motivación, los crímenes son considerados fútiles en acuerdo al dispuesto en el artículo 121. **Conclusión:** Al consumir algún tipo de droga ilícita, el sujeto pierde el control emocional teniendo diversos síntomas como alucinación, euforia, psicosis, ilusiones, síntomas de esquizofrenia, y otros, que podrían servir de motivación para la práctica de delitos con requintes de crueldad.

Palabras-llave: Drogas Ilícitas, Homicidio, Esquizofrenia, Crimen

Introdução

O processo de urbanização no Brasil foi acompanhado pela elevação sensível das taxas de criminalidade e os homicídios vêm afetando de maneira cada vez mais acentuado o cotidiano das regiões metropolitanas brasileiras. Destaca-se que, entre 2005 a 2015, o número de homicídios no Brasil passou de 48.136 casos para 59.080, sendo que no estado do Ceará foi observado aumento de 1.699 casos para 4.163 casos (2),(5),(6),(14).

O homicídio tem sido apontado como a principal causa da elevação das taxas de mortalidade por violência no Brasil e no mundo. Em 2015, com a taxa de 28,9 homicídios por 100.000 habitantes diários, o que equivale a 1,4 massacres do Carandiru a cada dia. Estudo realizado pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) em 2015 a cidade de Maracanaú no estado do Ceará ocupou a 6ª posição no ranking dos 30 municípios mais violentos com população superior a 100 mil habitantes com 172 casos e a cidade de



Fortaleza ocupou a 13ª posição com 1.729 casos, sendo que no estado do Ceará as taxas de homicídio por 100.000 habitantes tiveram crescimento de 145% de 2005 a 2015 (7).

O termo Homicídio é a *violenta coedes ab homini injuste patrata*, ou seja, o homicídio é a violenta ocisão de um homem injustamente praticada por outro, sendo definido pelo doutrinador Cezar Roberto Bitencout (17).

Homicídio como nomen iuris do crime que suprime a vida alheia, independente das condições ou circunstâncias em que esse crime é praticado. Distinguiu, no entanto, três modalidades: homicídio simples (art. 121, caput), homicídio privilegiado (art. 121 § 1º) e homicídio qualificado (art. 121 § 2º). O atual Código preferiu não criar figuras especiais, tais como parricídio, matricídio ou fratricídio, rejeitando, enfim, a longa catalogação que o código anterior prescrevia (art. 294, § 1º, do CP de 1890). As circunstâncias e peculiaridades concretas é que deverão determinar a gravidade do fato e sua adequada tipificação em uma das três modalidades de homicídio que disciplina – simples, privilegiado ou qualificado.

De acordo com o Código Penal Brasileiro o homicídio pode ser simples ou qualificado previsto no artigo 121, caput, § 1º e § 2º e incisos I, II, III, IV, V respectivamente, onde no § 1º o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, onde o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço, quando for realizar a dosimetria da pena, e no § 2º o homicídio será qualificado. No inciso I, o crime é praticado mediante paga ou promessa de recompensa, ou qualquer outro motivo torpe; no inciso II, praticado por motivo fútil; no inciso III será o homicídio praticado por meio de veneno, asfixia ou outro motivo insidioso ou cruel; no inciso IV é quando o homicídio é cometido à traição ou quando não há defesa do ofendido e, por fim, o inciso V para assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime (8).

O consumo de drogas tem sido reconhecido como um dos principais fatores, de riscos para as mortes por homicídios. Existem várias maneiras pelas quais os crimes podem estar associados a drogas, sendo a primeira delas os efeitos das substâncias tóxicas no comportamento das pessoas, e ainda o fato das drogas serem comercializadas ilegalmente fazendo com que as pessoas busquem cada vez mais recurso para manterem o vício (7).

Sendo o uso de drogas um problema de saúde pública, e conseqüentemente



relacionado com aumento da violência e a prática do homicídio, é necessário que sejam feitos estudos para avaliar de que forma as substâncias químicas podem alterar o comportamento do indivíduo no âmbito social, ao ponto de levá-lo a cometer delitos.

Dessa forma, o estudo objetivou verificar a prevalência de exposição à violência comunitária e identificar associações com exposição às drogas ilícitas e envolvimento com o crime, buscando correlacionar com o uso de drogas ilícitas e a prática delituosa realizado no ano de 2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo, com uma abordagem observacional e descritiva, a partir da análise de prontuários de condenados pela prática do homicídio, buscando tipificação do crime e informações sobre o uso de drogas ilícitas, realizado no período de agosto a outubro de 2012, no Hospital e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo em Itaitinga, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Foram analisados 40 prontuários, todos do sexo masculino. Excluíram-se aqueles que embora fossem usuários de drogas não cometeram homicídio. Coletou-se dados demográficos e, referentes a utilização de drogas e tipificação do crime.

Os dados foram analisados com o software Epi info 3.5.4, arquivados em um banco de dados eletrônico no Microsoft Excel e os resultados expressos em frequência absoluta, relativa e intervalos de confiança de 95%. Os resultados dessas análises foram organizados em tabelas e/ou gráficos.

A pesquisa faz parte do projeto Panorama da Assistência Farmacêutica no Estado do Ceará aprovado pelo Comitê de Ética sob protocolo nº 258/2011.

Resultados

Quanto ao perfil demográfico dos 40 presos em fase de execução cujos prontuários foram analisados, todos eram do sexo masculino, com predomínio da faixa etária entre 21 a 40 anos (n=30, 75%). No que concerne ao grau de escolaridade 47,5% (n=19) não concluíram o ensino fundamental, 35,0% (n=14) eram analfabetos e 17,5% (n=7) apresentavam o ensino médio completo. Da amostra inclusa, 55% (n=22) eram usuários de drogas ilícitas e 45% (n=18) não usuários (Tabela 1).



O tempo médio de uso de drogas ilícitas, variou entre 6 a 10 anos e, observou-se ainda, que 15,0% eram reincidentes, não só pela prática do homicídio, mas também pelo cometimento de outros crimes, como, roubo, tipificado no artigo 157, e lesão corporal, artigo 129, ambos no Código Penal Brasileiro. Quanto ao uso da droga ao praticar o crime observou-se que 57,5% não fizeram uso das mesmas, enquanto 42,5% consumiram algum tipo de droga ilícita (Tabela 2).

Dentre os consumidores de drogas, observou-se que a mais usada foi a maconha (n=14, 35%), sendo a droga de iniciação no submundo, seguida do crack (n=12, 30,1%), estando essa quase sempre associada a maconha, e cocaína (n=7, 17,5%), dentre outras (n=8, 20%).

Quanto à terapia farmacológica implantada junto aos encarcerados para reduzir os danos neurológicos e/ou comportamentais causados pela droga destacam-se o antipsicótico Haloperidol (n=40, 100%) e o ansiolítico Diazepam 10mg (n=28, 70%), estando todos os detentos em uso de dois ou mais medicamentos. Cumpre informar que, 41% dos usuários de drogas ilícitas, que praticaram homicídio, eram também portadores de algum distúrbio mental, capaz de influenciar no caráter violento de suas ações. Tais indivíduos apresentavam lesão cerebral em função de trauma ou doença que causou danos permanentes ou mesmo estados anormais de humor (CID 10 F) (Gráfico 1).

Considerando a tipificação do crime observou-se que todos cometeram o homicídio na modalidade qualificada, quanto ao motivo, pela futilidade conforme disposto no artigo 121 § 2º (inciso I) e torpeza (inciso II); ou quanto ao meio de execução, pela crueldade (artigo 121 § 2º inciso III) e traição (Artigo 121 § 2º, inciso IV). O gráfico 2 demonstra a comparação entre a tipificação do crime e o consumo de drogas ilícitas.

Discussão

O ato de matar alguém pode ser motivado por questões infinitamente variadas, praticada por pessoas, sendo estas do sexo masculino ou feminino. A vertente deste trabalho direcionou-se para uma instituição prisional masculina, por isso tem-se a totalidade de pessoas do sexo masculino e, ainda estudos comprovam que homens praticam, o homicídio, mais que as mulheres (25).

Observou-se também que os indivíduos com menor grau de instrução foram a maioria, consolidando os estudos epidemiológicos indicando que, os principais executores



do crime são homens pobres com baixa ou nenhuma escolaridade e qualificação profissional (25).

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente⁴, sua principal substância, tetra-hidrocanabinol (THC), causa vários efeitos farmacológicos que variam com a dose, a via de administração, a experiência do usuário, a vulnerabilidade aos efeitos psicoativos e o contexto do seu uso, produz alterações do humor, da percepção e da motivação, mas o efeito buscado pelos usuários é o "barato" (descrito como diferente do "barato" produzido por opióides ou estimulantes) (10).

Os efeitos em um fumante típico de maconha duram cerca de duas horas, durante este tempo, há comprometimento das funções cognitivas, da percepção, do tempo de reação, da aprendizagem e da memória, esta, principalmente de curto prazo (6). Embora não haja evidências convincentes de que a maconha pode provocar uma síndrome semelhante à esquizofrenia duradoura, existem numerosos relatos clínicos de que o uso da maconha pode precipitar recorrência em pessoas com história pregressa de esquizofrenia, (7) por outro lado estudos mais recentes revelam que a maconha piora quadros de esquizofrenia (12).

Em seguida ao uso da maconha destaca-se o crack, com elevada incidência de uso quando está relacionado aos homicídios, sendo uma droga feita a partir da mistura de cocaína com bicarbonato de sódio, geralmente fumada. É uma forma impura de cocaína e não um subproduto (3), portanto as conclusões a respeito da relação do crack, com a produção de comportamentos violentos é um campo em disputa na ciência (2).

Por conseguinte, observou-se, que a cocaína também faz parte do grupo de drogas ilícitas usadas na prática do homicídio sendo esta uma droga que como as demais, afeta os sistemas de neurotransmissão. Seu efeito agudo pode ser atribuído principalmente a um bloqueio da recaptação da dopamina (19), podendo também, envolver a participação de noradrenalina, serotonina, endorfinas, GABA (ácido gama-aminoburítico) e acetilcolina. As ações da cocaína nas vias dopaminérgicas são essenciais para a atividade reforçadora da droga. Com o efeito final na diminuição na quantidade de dopamina tem-se o aumento da atividade psicomotora, que induz comportamentos estereotipados e, diminui o consumo de alimentos (11).

Ressalta-se que, a exposição crônica à cocaína acarreta uma complexa deformação funcional do sistema nervoso devido à sobreposição de nodos do sistema nervoso



hipersensibilizados à ação das monoaminas, que sofrem a alteração corriqueira à dessensibilização. Uma vez que existe a possibilidade, em princípio, de uma interação entre estruturas desse sistema dinamicamente deformado que perpetue algum componente dessa deformação, não se pode descartar a ideia de irreversibilidade de algum efeito crônico de certas drogas de abuso, entre elas a cocaína (19).

Diversas drogas usadas por eles, como heroína, muito consumidas no século XIX atuam sobre receptores específicos, e provocam um funcionamento mais brando do sistema nervoso e respiratório.(5) O LSD (acrônimo dietilamina ácido lisérgico) é capaz de provocar alterações na percepção, principalmente de caráter visual e auditivo, além de aceleração e desorganização do pensamento, com ideias soltas e perda do foco do pensamento. O humor torna-se lábil, podendo variar de situações de grande euforia a quadros de extremo mal-estar, marcados por tristeza e medo. Falhas na avaliação da realidade por vezes podem produzir sintomas paranóides (ideias de perseguição), usualmente momentâneos e restritos ao período da intoxicação (9).

O Êxtase é o nome popular dado à substância quimicamente conhecida como 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA)(9). Seus efeitos neuropsiquiátricos agudos incluem alterações na percepção do tempo e na percepção visual, com autoconfiança, empatia, diminuição da defesa e agressão seguida de aumento da interação social. Há relatos de aumento da energia emocional e física, atribuído a características psicoestimulantes da droga. Os efeitos em curto prazo são euforia, insônia, fadiga, humor deprimido e diminuição da ansiedade (26).

Arelado a esses aspectos, foi possível observar que os indivíduos que já são portadores de doenças relacionadas ao Sistema Nervoso Central, diagnosticados com CID 10 F, que é o código característico de acometimentos mentais, e apresentam seus sintomas neurológicos com o uso concomitante da droga, pioram o quadro de esquizofrenia, convulsão, delírios psicóticos, dentre outros (3).

Os medicamentos usados para tratar esses acometimentos do SNC (Sistema Nervoso Central), são também usados para tratar crises de abstinência e dependentes químicos. Os antipsicóticos são medicamentos inibidores das funções psicomotoras, a qual pode encontrar-se aumentada em estados, por exemplo, de excitação e de agitação, tendo a função farmacológica de bloquear os receptores dopaminérgicos (8) e estão sempre associados a um ansiolítico.



Por sua vez, o ansiolítico promove a ligação do ácido γ -aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibidor, aos receptores na membrana dos neurônios. Com isso permitem um aumento de correntes iônicas através dos canais de cloreto, inibindo a atividade neuronal. Os benzodiazepínicos têm um efeito sedativo-hipnótico dependendo da dose utilizada. Enquanto os antidepressivos inibem a recaptação da serotonina, fazendo com que haja uma diminuição na sensação de tristeza, desamparo, retraimento social e diminuindo o principal fator de risco, que seria o suicídio, que se encontra evidenciado nas crises de abstinência (11).

Todos os presidiários foram tipificados pelo menos em um dos incisos do artigo 121 § 2º do Código Penal Brasileiro, onde no inciso I o indivíduo pratica o homicídio mediante paga ou promessa de recompensa, ou por motivo torpe e no inciso III, o indivíduo pratica o delito com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou que possa resultar perigo comum (9). Houve uma diferença relevante entre os usuários e os não usuários, quando relacionado aos incisos I e III, porém não significativa. Todavia, houve uma diferença significativa quanto aos presidiários que foram qualificados no inciso II, ou seja, homicídio praticado por motivo fútil segundo o Código Penal Brasileiro, e que fizeram uso de drogas ilícitas ao praticar o homicídio, fortalecendo a hipótese, que, a droga potencializa a violência.

Conclusão

Houve uma identificação do consumo de drogas ilícitas na potencialização da violência, diante da maior gravidade do homicídio praticado nestas condições.

O uso de medicamentos pelos detentos fez supor que se destinava em parte ao tratamento do dependente químico, buscando minimizar os efeitos da síndrome de abstinência, contudo, não foi possível descartar o seu emprego em face de uma doença mental ou psiquiátrica prévia.

Ao consumir algum tipo de droga ilícita o indivíduo, perde o controle emocional tendo diversos sintomas como alucinação, euforia, psicose, ilusões, sintomas de esquizofrenia, entre outros, que poderiam servir de motivação para a prática de delitos com requintes de crueldade.

É importante ressaltar também, que pessoas com menor grau de instrução e classe



social menos favorecida, parecem estar mais expostas às drogas ilícitas e, às suas consequências.

Referências

- 1-Antunes G. Crack, mídia e periferia: uma representação social das “classes perigosas”. *Revista de Sociologia*, 1o dez 2010, 1- 24.
- 2- Barata BB, Ribeiro MCSA. Desigualdades Sócias e homicídios da cidade de São Paulo 1998. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2008, 11 (1):3-13. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100001>. [Acesso em 7.agosto.2017]
- 3- Benetti SPC, GAMA C, Vitolo M, Silva, MB, D’Avila A, Zavaschi ML. Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. *Revista Brasileira de Psicologia*. 2006 jun./dez; 37 (3): 279-286.
- 4- Bitencourt CR. *Tratado de Direito Penal, Parte Especial: dos crimes contra a pessoa*. 6ª ed. São Paulo: Saraiva; 2007.
- 5- Cerqueira D, Lima RS, Bueno LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. [Atlas]. *Atlas da violência 2017*. Rio de Janeiro: Ipea; 2017.
- 6- Chaves FSR. *Utilização do geoprocessamento no mapeamento criminal na região metropolitana de João Pessoa-PB*. [Monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014.
- 7- Dayrrel, M. *Drogas e vulnerabilidade à morte por homicídios: pesquisa em uma área urbana*. [Dissertação]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Geral; 2011.
- 8- Evangelista de Jesus D. *Código penal Brasileiro*. São Paulo: Saraiva; 1991.
- 9- Ferigolo M. *Dietilamida de Ácido Lisérgico*. [Monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- 10- Filho CCB, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Conglomerado de homicídios e tráfico de drogas, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil de 1995 a 1999. *Caderno de Saúde Pública*. Set./Out; 17(5):1163-1171.
- 11- Guimarães CF; Santos DVVD; Freitas RCD. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados com a criminalidade em unidade de internação no hospital de psiquiatria de porto alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. May. /Aug; 2008; 30 (2): 1-8.



- 12- Laranjeira R, Ayer de Oliveira R, Roberto Cuce Nobre M, Marques Bernardo W, Usuários de substâncias psicoativas, abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Sollo Comunicação; 2003.
- 13- Laranjeira R, Nicastrí S, Pereira de Almeida O, Dractu L. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- 14- Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 15- Ministério da Saúde. Produtos estratégicos para o SUS. Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>. [Acesso em 15.jul.2015].
- 16- Ministério da Saúde. Razão entre óbitos informados e estimado. Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. [Acesso em 20.jul.2017].
- 17- Noronha EM. Direito penal. São Paulo: Atlas S.A; 1999.
- 18- Oliveira LG, Nappo SA. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. Archives of Clinical Psychiatry, 2008; 35(6):212-218.
- 19- Oriel M. O crack, efeitos da cocaína e efeitos farmacológicos do THC. Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.medcenter.com/Medscape/Default.html>. [Acesso em 10.jul.2017].
- 20- Pedrozo MFM, Siqueira MEPB. Solventes de cola: abuso e feitos nocivos à saúde. Revista de Saúde Pública. 1989; 23(4):336-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101989000400009>
- 21- Ribeiro M, Marques ACPR, Laranjeira R, Alves HNPA, Araújo MR, Baltieri DA, et al. Abuso e dependência da maconha. Revista da Associação Médica Brasileira. Sept. /Oct 2005; 51(5):247-249.
- 22- Sanchez ZVDM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. Revista de Saúde Pública. 2002; 36(4): 420-430.
- 23- Silva MS. Homicídios e práticas da Justiça criminal em uma comarca do interior: Uberaba, MG, século XIX. In: Anais do Simpósio Nacional de História, ANPUH. Julho 2011. p. 1-14.
- 24- Sousa AVB. Contribuição da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde no sistema prisional. [Monografia]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2011.
- 25- Sousa ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para reflexão no campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Jan./Mar. 2005; 10 (1): 59-70.
- 26- Xavier CAC, Lobo PLD, Fonteles MMF, Vaconcelos SMM, Viana GSB, Sousa FCF. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos. Revista de psiquiatria clínica. 2008; 35 (3): 2-25.



27- Zanetti Junior O. Homicídios. Revista de Direito. 2010:1-15.

Recebido em: 4.9.2017
Aprovado em:23.9.2017

Como citar este artigo:

Lima CC, Lima RP, Nobre ACL. Uso de drogas ilícitas na prática do homicídio. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):118-128.



Estratégia saúde da família: iniciativa pública destinada a populações vulneráveis para garantia do direito à saúde - uma revisão crítica da literatura

Family Health strategy: a public initiative aimed at materializing the right to health among vulnerable populations - a critical bibliographic review

Estrategia de salud de la familia: una iniciativa pública dirigida a garantizar el derecho a la salud de las poblaciones vulnerables – una revisión crítica de la literatura

Samira Janis Eugenio ¹
Carla Aparecida Arena Ventura ²

RESUMO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com o intuito de reorganizar o conceito de Atenção Básica no país com base princípio fundamental da equidade, integralidade e universalidade. **Objetivo** - identificar melhorias na qualidade de vida da população após a implantação da Estratégia Saúde da Família como tática para garantir o direito à saúde. **Métodos** - Revisão crítica da literatura nas bases de dados PubMed, LILACS, Web of Knowledge e CINAHL. Foram selecionados 12 estudos realizados no Brasil, no período de 2006 a 2011. **Resultados** - Nos lugares em que ocorreu a implantação do PSF houve uma sensível melhora na qualidade de vida dos indivíduos assistidos, suas famílias e comunidades. Os dados indicam a efetividade das ações de promoção à saúde implementadas por toda a equipe, em seus vários ramos de atuação, demonstrando que a ESF busca assegurar o efetivo cumprimento do direito à saúde voltando-se para o indivíduo de forma integral, assistindo-o em seus diversos níveis de complexidade e em seu próprio contexto social familiar e cultural. **Conclusão** - A ESF é uma estratégia nova e ainda passa por grandes dificuldades, entretanto é grande a sua potencialidade como agente de transformação de realidade e sustentação dos direitos dos indivíduos e populações, dentre eles o direito à saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família. Pobreza. Direito à Saúde.

ABSTRACT: The Family Health Strategy (FHS) was created in order to reorganize the concept of primary care in the country based on its fundamental principle of fairness, completeness and universality. **Objective** - Assuming the Family Health Strategy was a strategy to ensure the right to health, this study seeks to identify improvements in the quality of life among vulnerable populations after its implementation. **Methods** - The chosen method consists of a literature's critical review. 12 studies conducted in Brazil during the period 2006-2011 were identified at the PubMed, Lilacs, Web of Knowledge and CINHALL databases. **Results** - A marked improvement in the quality and conditions of life of individuals assisted, their families and communities was identified in the sites where the FHS was implemented. The data points to the effectiveness of health promotion activities implemented by health

¹ Universidade de São Paulo (USP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. E-mail: salendance12@hotmail.com

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. E-mail: caaventu@eerp.usp.br



professionals in all areas of activity. It suggests that the FHS tries to ensure the effective fulfillment of the right to health by understanding individuals holistically, supporting them at their various levels of complexity and in their own family, social and cultural contexts.

Conclusion - The FHS is a new strategy and is still experiencing considerable challenges. Notwithstanding the difficulties, of the strategy is promising as agent of transformation of reality and as a supporting tool to the rights of individuals, including the right to health.

Keywords: Family Health. Poverty. Right to Health.

RESUMEN: La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) fue creada para reorganizar el concepto de atención primaria en Brasil y materializar los principios fundamentales de la equidad, la integridad y la universalidad. **Objetivo** - Considerando la Estrategia de Salud de la Familia como una táctica para tratar de asegurar el derecho a la salud, este estudio busca identificar mejoras en la calidad de vida de las poblaciones vulnerables después de su implementación. **Métodos** - Por lo tanto, se decidió realizar una revisión crítica de la literatura. Las revisiones se realizaron en PubMed, Lilacs, Web of Knowledge y CINHALL y se seleccionaron 12 estudios realizados en Brasil, en el período 2006-2011. **Resultados** - De acuerdo con el análisis de los resultados en los que hubo despliegue de la ESF hubo una notable mejoría en la calidad y condiciones de vida de las personas atendidas, sus familias y comunidades. Los datos indican la eficacia de las actividades de promoción de la salud implementadas por todo el personal en sus diversas áreas de actividad. Demostrando que la ESF trata de asegurar la duración efectiva del derecho a la salud, dirigiéndose al individuo de manera integral, holística, atendiéndolos en diversos niveles de complejidad y en su propio contexto social y cultural familiar. **Conclusión** - Por lo tanto, al igual que el SUS FHS es una nueva estrategia y sigue experimentando grandes dificultades, por muy grande que sea su potencial en la categoría de agente de transformación de la realidad y apoyar los derechos de las personas, incluido el derecho a la salud.

Palabras-clave: Salud de la Familia; Pobreza. Derecho a la Salud.

Introdução

Tradicionalmente, o conceito de saúde esteve ligado à religião, como um presente por bons comportamentos. Já os acidentes e adoecimentos eram considerados punições. (1) A saúde foi caracterizada como direito social inerente ao homem com a consolidação do movimento de proteção internacional dos direitos humanos, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, quando se reafirmaram os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais. (2), (3),(4)

Várias conferencias mundiais foram realizadas como a de Alma Ata e Ottawa, que enfatizaram a relevância da equidade no campo da saúde e estabeleceram metas a serem cumpridas pelos países. (5), (6) No Brasil, até meados da década de 1980, o direito à saúde excluía boa parte da população e seu foco era voltado para o modelo biomédico. Com a



queda da ditadura, a reforma política e a promulgação da nova Constituição em 1988, idealizou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e a extensão do direito à saúde à toda a população, embasada pela seção II desta nova constituição, a qual se refere à saúde e declara no art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. (7), (8)

Apesar de garantido em lei, o direito à saúde no país enfrenta uma série de entraves para sua consolidação, uma vez que as desigualdades socioeconômicas geram uma verdadeira exclusão social em saúde para parcelas da população, tornando-as mais vulneráveis. Estas desigualdades podem ser definidas como a diferença de acesso a recursos, deixando essa população em desvantagem e influenciando aspectos sociais e de saúde. (9), (10)

Para a correção dessas disparidades, algumas políticas foram surgindo, como estratégias das ações de promoção de saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade do cuidado (11). Dentre elas destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca assegurar o efetivo cumprimento do direito à saúde, voltando-se para o indivíduo de forma integral, assistindo-o em seus diversos níveis de complexidade e em seu próprio contexto social, familiar e cultural (12).

A ESF coloca em prática a humanização da saúde por meio do vínculo criado entre os profissionais e os usuários trazendo uma nova perspectiva sobre o processo saúde-doença e dando abertura para que ocorra transformação social. O vínculo possibilita ao profissional ter a visão mais aguçada em relação aos usuários, suas carências e riscos relacionados a sua saúde. A ESF é apta a fazer parcerias e discutir com diferentes setores da saúde para a tomada de decisão mais assertiva (13).

O conhecimento sobre a saúde, seus direitos e deveres é estimulado na ESF e a população passa a entender seu direito a saúde como manifestação de qualidade de vida e há um estímulo à organização em comunidade e controle social por meio de conselhos de saúde. O Brasil conta com 32.970 ESFs. Equipes formadas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e até doze agentes comunitários atuam nas unidades básicas de saúde e junto às comunidades. Esses profissionais são responsáveis por famílias localizadas em uma área delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde (14). Considerando a evolução do direito à saúde no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família como meio para a promoção



deste direito, o presente estudo apresentou como objetivo buscar evidências disponíveis na produção científica sobre a atuação da Estratégia Saúde da Família na garantia do direito à saúde da população.

Metodologia

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura, que permite a incorporação de evidências disponíveis na produção científica. É realizada de forma organizada, com o intuito de aprofundar conhecimentos em determinada temática. Para a execução desta revisão foram percorridas seis etapas descritas a seguir: identificação do tema e elaboração da questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e seleção da amostragem, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, discussão dos resultados e síntese do conhecimento (12) (16). Para guiar esta revisão, formulou-se a seguinte questão norteadora: Como a estratégia de saúde da família atua na garantia do direito à saúde de populações vulneráveis?

Para a busca dos artigos foram utilizadas as bases de dados PubMed, LILACS, Web of Knowledge e CINAHL. Os descritores empregados em inglês foram: "family health" AND (poverty OR "vulnerable population" OR "marginalized population"); Family Health" AND ("Poverty" OR "Vulnerable Populations"). Os descritores usados em português foram: Saúde da Família com as variações de palavras-chave: Aumento; Carentes; Diminuição; Taxa; Avaliação. E com o Descritor: Programa Saúde da Família foi usada as variações de palavras-chave: Contribuição; Desempenho; Impacto; Melhora.

Os critérios de inclusão foram: artigos indexados nas bases de dados PubMed, LILACS, Web of Knowledge e CINAHL, artigos com foco em populações carentes, em comunidades onde havia ESFs instaladas, artigos publicados na íntegra em inglês e em português e publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram artigos realizados fora do Brasil, revisões de literatura, teses e dissertações. Na base de dados PubMed, foram encontrados 403 artigos, na LILACS 72, Web of Knowledge 70, e na e CINAHL 14, totalizando 559 artigos.

Para a seleção dos artigos, foi realizada a leitura do título, resumo e palavras-chave dos estudos. Em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir o estudo para decisão final após leitura de seu conteúdo na íntegra. Assim, foram pré-selecionados 45 artigos que



se enquadravam nos objetivos deste estudo. Após leitura de todos os artigos na íntegra, 12 destes foram selecionados para o estudo e 33 excluídos, pois não se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão. Para a organização e tabulação dos dados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados contendo o título da pesquisa, ano, autores, periódico de publicação, delineamento do estudo, local onde foi desenvolvida a pesquisa, objetivos do artigo, participantes, resultados encontrados e conclusão/considerações. Posteriormente, foram extraídas as principais informações abordadas em cada artigo e que se correlacionavam com o objetivo do estudo. Em seguida, foi realizada, exhaustivamente, a leitura da síntese dos artigos, com o propósito de verificar a contribuição de cada estudo para a elucidação da questão norteadora, de forma a atingir objetivo previsto.

Resultados

Os estudos analisados foram publicados no período de 2005 a 2011, sendo que três estavam em inglês e nove em português, todos desenvolvidos no Brasil. Dentre eles, quatro utilizavam uma abordagem quantitativa e oito qualitativa. O quadro 1 sintetiza os estudos analisados neste trabalho.



Quadro 1. Distribuição dos artigos analisados segundo título, autores, local do estudo, ano de publicação, delineamento do estudo, objetivos, resultados principais e conclusão.

Título/Primeiro autor	País do estudo e ano da publicação	Delineamento do estudo	Objetivos	Resultados principais	Conclusão
Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. Marzari CK ⁽¹²⁾	Rio Grande do Sul/ 2009	Exploratório, de caráter qualitativo	Conhecer a percepção de lideranças, profissionais da saúde e usuários acerca da cidadania e melhoria da saúde.	O estudo demonstra uma realidade de pobreza e exclusão social, mesmo contando com as políticas de atenção do SUS, com equipe de ESF.	As comunidades vulneráveis ainda convivem com a baixa cobertura assistencial, acesso precário, descontinuidade, falta de resolutividade nos serviços de saúde e frágil integração intersetorial.
Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family health. Macinko J. ⁽¹³⁾	Brasil/2008	Descritivo, quantitativo, não experimental, transversal	Avaliar os efeitos da ESF no acesso, uso e satisfação com o serviço de saúde.	O estudo mostra que pessoas que habitam áreas cobertas pelas ESF eram mais propensas a terem acesso a medicações, atendimento médico e odontológico.	O PSF apresenta-se importante para populações de menor e maior nível socioeconômico, mostra-se equitativo e tem tendência de tornar o acesso cada vez mais universal.
An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. Moreira ECR. ⁽¹⁴⁾	Rio de Janeiro/2011	Estudo exploratório de abordagem qualitativa	Analisar as ações da ESF.	Os resultados mostram que fatores políticos, estruturais, financiamento e desarticulação dos serviços dificultam a eficácia da ESF.	Observa-se que em meio às dificuldades, as ações têm perdido sua efetividade e em alguns casos têm tido sua implementação impedida.
Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. Oliveira WMA. ⁽¹⁵⁾	Goiás/2010	Descritivo exploratório de abordagem quantitativa	Analisar o contexto da estratégia saúde da família (ESF) em um município de Goiás.	Os resultados apontaram melhorias ou mudanças locais após a implantação da ESF e aumento no acesso.	Pode-se afirmar que a ESF está alcançando os objetivos propostos, pois tem provocado mudanças positivas na vida da população e ampliado o acesso à saúde.
Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. Veloso RCA. ⁽¹⁶⁾	Minas Gerais/2009	Estudo ecológico do tipo comparação de séries históricas	Avaliar a atuação do PSF em relação a Internações Hospitalares.	O estudo mostra o aumento da cobertura populacional pelo PSF e a redução nas Internações Hospitalares.	É possível dizer que os recursos do Governo Estadual e Federal estão sendo bem empregados e utilizados para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde.



Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Facchini LA. (17)	Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina/2006	Descritivo, quantitativo, não experimental, transversal	Avaliar o desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil.	Os resultados demonstram a necessidade de expansão da ESF na região Sul e a consolidação na região Nordeste, principalmente devido a aspectos políticos.	O PSF representou um esforço bem-sucedido de promoção da equidade, principalmente nas regiões com populações mais vulneráveis.
Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. Sisson MC. (18)	Santa Catarina/2011	Qualitativo (estudo de caso)	Examinar o modelo assistencial da atenção básica em saúde em Florianópolis, a partir da implementação da ESF.	O estudo mostra que o PSF causa um impacto positivo na população, principalmente na de baixa renda.	Avanços significativo no município, devido a construção de estratégias para superar a fragmentação dos cuidados, com investimentos em tecnologias de informação e comunicação e a criação de serviços especializados municipais e um sistema de regulação.
Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. Macinko J. (19)	Brasil/2007	Ecológico, transversal	Avaliar os efeitos do PSF nas variações microrregionais de mortalidade infantil, mortalidade neonatal e pós-neonatal.	Os resultados mostram que a Taxa de Mortalidade Infantil declinou cerca de 13% de 1999 a 2004, enquanto a cobertura do programa de saúde da família aumentou cerca de 14% a 60%.	A expansão da cobertura do ESF, entrelaçados com outros desenvolvimentos socioeconômicos, foram consistentes com as reduções da mortalidade infantil no nível primário de casos sensíveis à atenção.
Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco Brasil. Guimarães TMR. (20)	Pernambuco/2009	Ecológico, longitudinal	Avaliar o impacto das ações de imunização pelo PSF na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, no período de sua implantação (1995) até o ano de 2002.	Devido às ações de imunização realizadas pelo PSF, verificou-se aumento das médias de coberturas vacinais, e houve redução dos casos de mortalidade por imunoprevenção.	Acredita-se que a melhoria nas coberturas vacinais e a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, no município estudado, possam estar relacionadas ao trabalho desenvolvido pelo PSF.
Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Sá LD. (21)	Paraíba/2011	Qualitativo (grupo focal)	Analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose.	ESF proporcionou avanços em relação ao controle da TB dentre eles desenvolvendo ações de prevenção, cura e reabilitação.	Considera-se que apesar das limitações existem o esforço e o compromisso das ESFs em garantir o êxito do tratamento das pessoas acometidas pela TB.



Resultados alcançados com a estratégia saúde da Família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais. Guedes HM. ⁽²²⁾	Minas Gerais/2007	Exploratório, quantitativo	Comparar os resultados de ações de atenção básica relativos a dois momentos: antes e depois da implantação do ESF	Houve diminuição considerável do número de internações hospitalares, aumento do número de ações de saúde da mulher e da criança, adesão aos programas de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e DST/AIDS.	A pesquisa mostrou resultados satisfatórios no que tange a indicadores de saúde de uma comunidade em relação à implantação da ESF. Resultados concretos, demonstrados estatisticamente, revelam que a saúde da comunidade melhorou.
Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. Backes DS. ⁽²³⁾	Brasil/2011	Qualitativo (teoria fundamentada nos dados)	Compreender o significado da atuação profissional de uma ESF em uma comunidade vulnerável.	A ESF pode ser considerada uma estratégia facilitadora e estimuladora das redes de cuidado de modo especial nas comunidades socialmente vulneráveis.	Constata-se que o significado da ESF em uma comunidade socialmente vulnerável possibilita relacionamento e diálogo, proporcionando o fortalecer da autonomia dos diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde.



Discussão

A análise dos artigos sugere que onde houve implantação da ESF e ao longo de sua estruturação, houve considerável melhoria na qualidade e condições de vida dos indivíduos assistidos, de suas famílias e comunidades. Os dados indicam a efetividade das ações de promoção à saúde implementadas por toda a equipe, em seus vários ramos de atuação (13), (17), (26). (Quadro 1). De acordo com a análise dos resultados, todos os PSFs estavam localizados em regiões em que a população vivia em condições de média a extrema pobreza (13), (26). (Quadro 1).

Nota-se que, desde o início da implantação dos PSFs, pode-se constatar um aumento de sua cobertura em diversas regiões do país. (20) (22), (23). (Quadro 1). Foi também ressaltada a efetividade das ações de promoção à saúde (13), (17), (22), (Quadro 1) causando mudanças na realidade da saúde das localidades estudadas. Houve crescente aumento do acesso anual da população à consulta médica, odontológica e a medicamentos, (13) (17) (22) (Quadro 1) gerando assim equidade e universalidade de acesso à saúde (13) (19) (22) (24) (Quadro 1) e a possibilidade de ampliar a qualidade de vida das pessoas, de acordo com os princípios doutrinários do SUS (13) (Quadro 1).

Os artigos evidenciaram que os ESFs não somente beneficiam a população de baixa renda, mas também as de renda maior que utilizam os serviços, (13) (20) (21) (Quadro 1) e sustentam a satisfação da população com os atendimentos e serviços prestados (13) (Quadro 1). Observa-se, também, uma estruturação da articulação da Estratégia de Saúde da Família em conjunto com os vários equipamentos de serviço de saúde, propondo-se um cuidado integral aos usuários. Um dos fatores da integração desses ajustes é o incentivo financeiro dado pelos governos para a sustentabilidade das ações. Outrossim, ainda existem disparidades na distribuição dos recursos de financiamento. Contudo, a despeito das discrepâncias em algumas regiões do país, estas ações vêm obtendo êxito. (17) (18) (21) (Quadro 1). Um dos artigos mostra que o financiamento, quando concedido, contribui com a melhora da unidade e o avanço das ações de promoção (18) (Quadro 1).

Os estudos salientam um significativo esforço por parte dos profissionais na elaboração e implementação de ações de promoção à saúde, mesmo que em unidades em que os profissionais não têm especializações em Saúde da Família (16) (19) (20) (22) (23) (Quadro 1). Entretanto, um dos artigos aponta a preocupação do enfermeiro em se qualificar, sendo



este uma peça chave na integração e articulação dos profissionais da unidade. Além disso, o enfermeiro possui grande importância como líder de equipe na elaboração, implementação e avaliação das ações de promoção (17) (Quadro 1).

Da análise dos artigos selecionados, pode-se evidenciar que com o aumento das visitas domiciliares, cria-se um vínculo que possibilita a melhor investigação dos indicadores de saúde e pode-se, assim, elaborar um plano de cuidados amplo e integral para cada família dentro de seus respectivos contextos (22) (25) (Quadro 1). Pode-se, também, traçar estratégias individualizadas para cada membro considerando o papel que desempenham no contexto de sua família. Além disso, com as visitas domiciliares e por meio de ações baseadas na educação da população, os usuários são incentivados a assumirem sua corresponsabilidade no processo de saúde-doença (13) (17) (19) (20) (25) (26) (Quadro 1).

A realidade das famílias visitadas, caracterizadas pela falta de estrutura familiar, vícios, pobreza, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros fatores, gera nos profissionais a necessidade de se aperfeiçoarem. Os desafios encontrados os instigam a cada vez mais aperfeiçoarem seus conhecimentos para que quando voltem tragam algo que por mais ínfimo que pareça possa ser o início da transformação daquela realidade familiar (24).

Dentre as mudanças causadas pelas ações de promoção, destaca-se o aumento da imunização e queda na taxa de mortalidade infantil, (21) (23) (Quadro 1) sendo está um resultado importante para o país, por ser um indicador usado para classificação do Índice Desenvolvimento Humano (IDH) (28) (Quadro 1). A análise dos resultados também sugere que após a implementação da ESF houve aumento nos exames preventivos de cânceres como o papanicolau e outros, o que facilita o diagnóstico precoce e aumento da sobrevivência no caso de câncer. Houve também aumento de consultas de pré-natal e do controle de doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes, através do programa Hiperdia (17) (18) (23) (25) (Quadro 1). Ações de controle e busca ativa da Tuberculose também foram efetivas, apesar dos profissionais enfrentarem problemas como falta de conhecimento sobre doença, dificuldade do enfrentamento do estigma e a falta de integração e articulação dos serviços para a não fragmentação e continuidade do tratamento (17) (18) (23) (25) (Quadro 1).

Apesar da melhora evidenciada, a ESF encontra vários obstáculos em seu caminho, desde sua implantação e estruturação. Há grande resistência por parte de alguns profissionais, em relação a mudanças do modelo curativo para o modelo preventivo e de



promoção de saúde proposta pela estratégia. (16) (19) (24) (Quadro 1). Observa-se que em grande parte do país há um déficit de incentivos financeiros e por parte dos governos, o que contribui para a precariedade das unidades. Esta carência acarreta falta de recursos humanos que, conseqüentemente, faz com que as equipes estejam incompletas, não sendo este um problema isolado (16) (Quadro 1). Outro fator que prejudica a eficácia da atuação da ESF é a má infraestrutura e a influência dos interesses políticos locais ou regionais, presentes ainda em várias regiões do país, o que impede ações de serem realizadas e faz com que haja uma queda da eficiência das que são realizadas (16) (19) (20) (22) (Quadro 1). Outro problema enfrentado é a baixa qualificação dos profissionais em relação à Estratégia de Saúde da Família (16) (19) (20) (22) (23) (Quadro 1). Muitas vezes, os profissionais foram simplesmente realocados de acordo com a necessidade do serviço, sem o devido treinamento ou qualificação. Além disso, os artigos mencionam a falta de médicos nas unidades ou falta de comprometimento com o cumprimento de suas cargas horárias e a baixa adesão ao modelo de promoção de saúde, o que faz com que suas ações tendam ao modelo curativo (16) (20) (24) (Quadro 1).

A análise também mostra que os PSFs enfrentam problemas com a demanda excessiva de população o que geralmente ocasiona sobrecarga dos profissionais (16) (22) (25) (Quadro 1). Nota-se que em vários lugares onde existe uma rede de saúde desarticulada, os serviços como regulação, referência e contra referência, laboratórios e outros, não são expressivos ou são inexistentes, causando uma fragilização na implementação das ações com comprovada eficácia e as dificultando nos locais onde a estrutura das ESFs é precária (16) (17) (19) (20) (22) (24) (Quadro 1).

Em alguns tipos de intervenções e ações mediatas, a assistência prestada no setor privado, no âmbito da prevenção primária, tem tido melhor êxito no país devido a incentivos financeiros, melhor estrutura física das instalações e por muitas vezes menor clientela, o que facilita o cuidado. Este cenário causa impressão de uma melhor assistência, aos olhos da população. Entretanto, em um dos artigos, a assistência no PSF foi comparada com a assistência prestada no setor privado e os resultados mostraram que, mesmo em meio à pobreza, a população recebeu um cuidado em saúde igual ou superior ao privado (16) (Quadro 1).



Conclusão

Este estudo buscou avaliar evidências disponíveis na produção científica sobre a atuação da Estratégia Saúde da Família na garantia do direito de saúde de populações mais vulneráveis, verificando que a mudança de vida gerada na população proporciona o maior acesso ao serviço de saúde especialmente por populações mais desfavorecidas, contribuindo, para a superação das disparidades na qualidade de saúde e/ou até mesmo sociais.

No Brasil, um país de proporções continentais, a estratégia está implantada desde 1994, e assim como a própria consolidação do SUS, é uma estratégia nova e ainda passa por grandes dificuldades, apesar de sua potencialidade como agente de transformação de realidade e sustentação dos direitos dos indivíduos, dentre eles o direito à saúde.

Nota-se que com esta estratégia há a criação de um vínculo mais profundo, trazendo o profissional de saúde para dentro da casa do usuário e possibilitando uma oportunidade ímpar de conhecer a real situação das famílias, traçar planos de cuidados e estratégias específicas, gerando uma forte base de confiança no profissional e possibilitando o fortalecimento dos conhecimentos transmitidos, da corresponsabilidade e da autonomia do usuário.

Observa-se que a estratégia é inovadora causando impactos significativos na sociedade, comunidade, família e no âmbito individual, apesar de dificuldades com a mudança do modelo de assistência, falta de vontade política e de recursos financeiros e humanos. Portanto, apesar das dificuldades enfrentadas, esta estratégia pode possibilitar uma melhora na saúde populacional, não somente física, mas, também, mental, política e social. Constata-se que o direito à saúde vem sendo afirmado por atitudes fundamentadas na justiça e igualdade, respaldadas pela Constituição e por movimentos de luta pela equidade.

Referências

1. Lourenço LFL, Danczuk RFT, Painazzer D, Paula Junior NF, ARCR Maia, EKA Santos. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. Centro de memória da enfermagem brasileira associação brasileira de enfermagem 2012 Here- revista eletrônica (3)1 -17-35 Disponível



em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>. [Acesso em 10 out 2013]

2. Ventura, CAA. Saúde mental e direitos humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ribeirão Preto, 2011.199p. Tese de Livre Docência, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

3. Declaração universal dos direitos humanos. 1948. Adotada e proclamada pela resolução 217 a (III) da assembleia geral das nações unidas em 10 de dezembro de 1948, Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm [Acesso e, 10 out 2013]

4. Pacto da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966 Adotado pela Resolução 2200(A) da Assembleia Geral da ONU Nova Iorque de 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh-direitos-civis.html> [Acesso em 10 out 2013].

5. Declaração de Alma-Ata 1978. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm [Acesso em 10 out 2013]

6. Carta de Ottawa 1986. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf [Acesso em 10 out 2013]

7 Polignano MV.. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros> [Acesso em 10 out 2013]

8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado,1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf [Acesso em 10 out 2013].

9. Siqueira, NL. Desigualdade Social em Saúde no Brasil. Universidade Federal de Juiz de Fora.2011. Revista Virtual revista eletrônica (9). Disponível em: <http://www.ufjf.br/virtu/files/2011/09/DESIGUALDADE-SOCIAL-EM-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL.pdf>. [Acesso em 10 nov 2013]

10. Guimarães M.S.; Novaes S.C. Páginas de Bioética. Porto Alegre. Instituto de Medicina Tropical. Atualizado em 03 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/vulnera.htm> [Acesso em 14 ago 2017].

11. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. [Acesso em 20 out 2013].



12. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a12v17n2.pdf>. [Acesso em 12 maio 2013].
13. Marzari, CK et al. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(1): 77-84. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/09.pdf>..[Acesso em 17.out.2013]
14. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. [Acesso em 14 ago 2017].
15. Portão Brasil. Brasília. Saúde. Atualizado em 29 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/crece-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude> por Portal Brasil. [Acesso em 14 ago 2017].
16. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical Medicine & International Health* 2012; 17: 36–42. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x/pdf>. [Acesso em 15 out 2013].
17. Moreira ECR, O'Dwyer G. An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. *BMC Family Practice* 2011; 14(1): 80-90. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/80/>. [Acesso em 15 out 2013]
18. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Auto avaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. *Rev. enferm. UERJ*; 2011; 19(1): 20-25. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a04.pdf>. [Acesso em 17 out.2013]
19. Veloso RC, Araújo MRN. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. *Rev APS* 2009; 12:238-43. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/313/222>. [Acesso em 17 out 2013].
20. Facchini LA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(3): 669-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>. [Acesso em 17 out 2013].
21. Sisson MC, et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saude soc.* 2011; 20(4): 991-1004. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/EstrategiaFlorianopolis.pdf>. [Acesso em 17 out 2013].



22. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simooes CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine* 2007; 65(10): 71-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607003553#>. [Acesso em 15 out 2013].
23. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 29(4): 868-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>. [Acesso em 17 out 2013].
24. Sá LD, et al. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(2): 387-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/22.pdf>. [Acesso em 15 out 2013]
25. Guedes HM, Paula LD, Nakatani AYK, Coelho AB. Resultados alcançados com a estratégia saúde da família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais. *Rev. Min. Enferm.* 2007; 11(4): 363-68. Disponível em out 2013
26. Backes DS, et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Ciênc. Saúde coletiva* 2012; 17(5):1151-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf>. [Acesso em 17 out 2013].
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* 2010; 15(5): 2297-305. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>. [Acesso em 20 out 2013]
28. Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado. Disponível em: <http://www.un.cv/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>. [Acesso em 20 out 2013].

Recebido em: 4.9.2017
Aprovado em: 23.9.2017

Como citar este artigo:

Eugenio SJ, Ventura CAA. Estratégia saúde da família: iniciativa pública destinada a populações vulneráveis para garantia do direito à saúde - uma revisão crítica da literatura. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):129-143.



Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre Brasil e Cuba: uma revisão integrativa

Comparative analysis of pharmaceutical assistance policies between Brazil and Cuba: an integrative review

Análisis comparativo de las políticas de asistencia farmacéutica entre Brasil y Cuba: una revisión integrativa

Sheyla Velasques Paladini¹
Cristianne Maria Famer Rocha²
Leticia Lassen Petersen³

RESUMO: Introdução - Brasil e Cuba têm sistemas universais de saúde, amplamente financiados e regulados pelo setor público. Este estudo tem como objetivo realizar uma comparação dos sistemas nacionais de saúde do Brasil e de Cuba, com foco nas respectivas Políticas de Assistência Farmacêutica. **Metodologia** - trata-se de uma revisão integrativa da literatura. **Resultados** - foram encontrados 48 artigos Cubanos e 171 artigos Brasileiros. Após análise, foram selecionados 5 artigos cubanos sobre Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba, e 21 artigos brasileiros sobre Política de Assistência Farmacêutica no Brasil. **Discussão** - a despeito das diferenças (culturais, históricas, geográficas, etc.), ambos são países em desenvolvimento com sistemas nacionais de saúde que têm como propósito o acesso universal e gratuito; contudo, esses sistemas têm diferenças marcantes quanto a aspectos econômicos e de governança, as quais podem explicar os resultados superiores de Cuba em indicadores de saúde pública e qualidade de vida. **Conclusão** - em Cuba, os medicamentos são fornecidos pelo Estado; no Brasil, os medicamentos podem ser fornecidos diretamente, nos termos da respectiva Política Nacional de Medicamentos e da Política de Assistência Farmacêutica, ou adquiridos em farmácias particulares – nesse caso, eles podem ser subsidiados por programas como a Farmácia Popular. Dessa forma, o sistema brasileiro é mais complexo, o que o torna mais suscetível a falhas de governança e a falhas de mercado.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica. Políticas de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT: Introduction - Brazil and Cuba have universal health systems, heavily financed and regulated by the public sector. This study aims to compare the national health systems of Brazil and Cuba, focusing on the respective Pharmaceutical Assistance Policies. **Methodology** - this is an integrative review of the literature. **Results** - 48 Cuban articles and 171 Brazilian articles were found. After analysis, 5 Cuban articles on Pharmaceutical Assistance Policies in Cuba and 21 Brazilian articles on Pharmaceutical Assistance Policy in Brazil were selected. **Discussion** - despite of the cultural, historical,

¹ Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: sheylavp@gmail.com

² Doutora em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br

³ Doutora em Desenvolvimento Regional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: letipetersen@yahoo.com.br



geographical, etc, differences both are developing countries with national health systems whose purpose is universal and the access is free. Nevertheless, these systems have sound differences in economic and governance aspects, which may explain Cuba's superior results in indicators of public health and quality of life. **Conclusion** - In Cuba, medicines are provided by the State. In Brazil, medicines can be directly supplied under the terms of the respective National Drug Policy and Pharmaceutical Assistance Policy, or purchased in private pharmacies subsidized by programs such as the Popular Pharmacy. In this sense, the Brazilian system is more complex, which makes it more susceptible to governance failures and market failures.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Health Policies. Public Health

RESUMEN: Introducción - Brasil y Cuba tienen sistemas de salud universales, ampliamente financiados y regulados por el sector público. Este estudio tiene como objetivo comparar los sistemas nacionales de salud de Brasil y Cuba, centrándose en las respectivas Políticas de Asistencia Farmacéutica. **La metodología** - utiliza una revisión integradora de la literatura. **Resultados** - Se encontraron 48 artículos cubanos y 171 artículos brasileños. Tras el análisis, se seleccionaron 5 artículos cubanos sobre Políticas de Asistencia Farmacéutica en Cuba y 21 artículos brasileños sobre Política de Asistencia Farmacéutica en Brasil. **Discusión** - a pesar de las diferencias (culturales, históricas, geográficas, etc.), ambos son países en desarrollo con sistemas nacionales de salud cuyo propósito es el acceso universal y libre. sin embargo, estos sistemas tienen marcadas diferencias en aspectos económicos y de gobernabilidad que pueden explicar los resultados superiores de Cuba en indicadores de salud pública y calidad de vida. **Conclusión** - En Cuba, los medicamentos son provistos por el Estado; en Brasil, los medicamentos pueden ser suministrados directamente bajo los términos de la respectiva Política Nacional de Drogas y Política de Asistencia Farmacéutica, o comprados en farmacias privadas subvencionadas por programas como la Farmacia Popular. En este sentido, el sistema brasileño es más complejo, haciéndolo más susceptible a fallas de gobernabilidad y fallas de mercado.

Palabras llave: Asistencia Farmacéutica. Políticas de Salud. Salud Pública.

Introdução

A despeito das diferenças entre Brasil e Cuba (quanto a dimensões territoriais, demografia, sistema político, economia, etc.), ambas os países têm sistemas universais de saúde, sendo amplamente financiada (por subsídios ou por fornecimento direto) e regulada pelo setor público. Este texto tem como objetivo realizar uma comparativa a os dois sistemas nacionais de saúde, com foco nas respectivas Políticas de Assistência Farmacêutica. A comparação visa, ainda, investigar se há possibilidades de melhoria não exploradas no modelo brasileiro, e por que razão Cuba apresenta um desempenho superior em alguns indicadores relacionados à saúde da população. Isso poderia ser explicado pela opção política de priorizar investimentos em cuidados primários na saúde e



na educação. Além disso, no sistema cubano, o acesso ao tratamento medicamentoso população é fornecido pelo poder público, enquanto, no Brasil, o gasto privado com saúde é maior, e predomina no acesso a medicamentos. Isso sugere que os gastos e os investimentos relativos a tratamento medicamentoso são altamente sensíveis às condições do mercado.

Sistema de Saúde Brasileiro

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde seja um direito de todos e dever do estado e através dela, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada com acesso universal. Porém, a implementação do SUS só ocorre em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que define o seu funcionamento e a organização. No mesmo ano, ocorre posse do primeiro presidente eleito por voto popular após a ditadura; ou seja, a reforma no setor de saúde brasileiro ocorreu junto com o processo de democratização (1).

A Lei Orgânica da Saúde define a gestão com participação popular através de conferências e conselhos de saúde em cada esfera, possibilitando que diferentes segmentos da população participem das negociações de propostas, manifestem seus interesses e direcionem os recursos para projetos distintos. O financiamento das ações é proveniente do Orçamento da Seguridade Social, com recursos das três esferas de governo, federal, municipal e estadual (2).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e é o único a garantir assistência integral e gratuita para toda a população. Podemos destacar o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, voltado para a atenção básica, a criação do Programa Farmácia Popular e o lançamento do Programa Brasil Sorridente (3); estes programas surgiram entre os anos de 2003 a 2011, quando foram consolidadas políticas de transferência de renda, ações de combate à fome, obras de infraestrutura social, benefícios previdenciários e aumento real do salário mínimo, entre outros benefícios sociais.



Assistência Farmacêutica no Brasil

Em 1971, a Assistência Farmacêutica (AF) teve início, no Brasil, como política pública, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual fornecia, através de uma política centralizada de aquisição e distribuição, medicamentos à população carente (4). Já a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal (incluída aí a redução do risco de doença e de outros agravos), de competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (5).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) regulamentou a Constituição Federal de 1988, estabelecendo, em seu Artigo 6º, a formulação de uma política de medicamentos, com a atribuição da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (6).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em 1998, estabelecendo as definições e as funções da AF, desenvolvendo atividades que envolvem o controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica e todos os processos destinados ao uso racional do medicamento. Como uma das suas diretrizes, ocorre a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio da qual a seleção, a programação e a aquisição de medicamentos são realizadas (7).

No Brasil, a PNM é considerada como o primeiro posicionamento formal e abrangente sobre a questão dos medicamentos no âmbito das questões da reforma sanitária. Foi constituída no eixo das diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Dentro das suas diretrizes, está a Reorientação da Assistência Farmacêutica (8). Possui como propósito de desenvolvimento não se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas envolver todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (9).

A PNM é integrante do SUS e inclui as seguintes ações: de regulação sanitária de medicamentos; adoção da relação de medicamentos essenciais; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Assim a PNAF está incluída na PNM, a fim de fortalecer o compromisso de fornecimento gratuito de medicamentos considerados essenciais, descritos na RENAME, como parte do acesso universal a saúde (10).



Segundo Oliveira, Assis e Bardini (7) nas farmácias da atenção básica dos municípios brasileiros ocorrem o desabastecimento de medicamentos essenciais, armazenamento e conservação incorretos, ausência total de orientação ao uso correto dos medicamentos. Esses problemas estão associados à insuficiência de recursos financeiros e à necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores. O problema não é de falta de profissionais habilitados: de acordo com censo elaborado pelo Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ), no Brasil há 1,76 farmacêuticos para 2.000 habitantes (11). O Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR - SUS) foi implementado em 2012, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, implementação e integração das atividades da AF nas ações de saúde, visando à humanização do serviço (12).

Entre as estratégias de acesso a medicamentos promovidos pelo Governo Federal, podemos destacar o programa de financiamento subsidiado, denominado Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio do Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004, com o objetivo de fornecer medicamentos essenciais à população por um baixo custo, através de parcerias entre Governo Federal e farmácias comerciais, nas quais o governo paga uma parte do valor do medicamento, e o cidadão, a parte restante (13). No entanto, essa política de fornecimento de medicamentos possui muitas críticas, pois o co-pagamento fere o princípio da equidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS (3). Para Ferreira (14), o programa denota a ineficiência da assistência farmacêutica pública, que não conseguiria atender as demandas da população nas unidades de atendimento do SUS, direcionando-a as farmácias do Programa. Segundo Portela (2010) (9), limitaria o acesso universal aos medicamentos, beneficiando a classe da população que possui recursos financeiros para o pagamento, em prejuízo aos desprovidos de poder de compra. Seria, assim, contrário ao princípio constitucional que garante o acesso universal e integral a todos os serviços e complexidades do SUS, incluindo o acesso aos medicamentos.

Sistema de Saúde Cubano

A saúde pública cubana na década de 1960 adotou uma política inovadora estabelecendo a redução dos preços dos medicamentos, a assistência médica de qualidade e acessível a toda a população, incluindo os moradores das áreas rurais, a



gratuidade de todos os serviços de saúde, criação do Ministério da Saúde Pública Cubana e a criação de normas relativas às atividades de assistência hospitalar (15).

O sistema de saúde cubano tem sua estrutura dividida em quatro níveis (primário, secundário, terciário e quaternário); a prioridade se destina aos cuidados de saúde do nível primário, pois a prevenção tem o objetivo de evitar grandes aportes de recursos no tratamento de doenças mais avançadas. Assim, esse nível possui ampla cobertura e baixa complexidade. O nível secundário envolve menor cobertura e maior complexidade e é composto por hospitais regionais e municipais. Os níveis terciário e quaternário são de cobertura mínima e complexidade máxima e são utilizados quando há necessidade de internações; são fornecidos pelos hospitais e também por institutos especializados (16).

Cuba possui 10.741 consultórios médicos de saúde da família, 304 hospitais, 451 policlínicas, 127 postos de saúde, 13 institutos de pesquisa, 25 bancos de sangue, 111 clínicas dentárias, 138 maternidades. Estima-se que cada habitante haja realizado 7,4 consultas médicas em 2014 (17) (CUBA, 2016). Segundo Dominguez-Alonso e Zacca (18), a qualidade do serviço de saúde de Cuba é alta, o que seria explicado pelo alto nível de instrução da população cubana e pela estabilidade do sistema de saúde (com mais de 50 anos); destaca o investimento em pesquisa e biotecnologia, o que diminuiria a dependência em relação a importação de produtos e insumos (4).

Em Cuba, o financiamento da saúde e a definição de prioridades de investimento estão relacionados à sua estrutura de participação popular na tomada de decisões. Todos os municípios possuem órgãos locais de máximo poder político com administração popular, as Assembleias do Poder Popular Provincial e Municipal, que elegem delegados como representantes, os quais constituem a Assembleia Nacional do Poder Popular (ANPP). O órgão representativo supremo de Cuba, com função legislativa e constituinte, é a ANPP. Assim, a instituição de poder absoluto é constituída por representantes de cada localidade de Cuba (50% são delegados municipais, o restante é composto por representantes de entidades, as instituições mais importantes de cada lugar) o que visa a garantir que as decisões sejam o reflexo da demanda da população (19).

(4) Em razão do bloqueio econômico imposto pelos Estados Unidos da América, Cuba tem dificuldades de obter insumos no mercado internacional. O investimento na produção interna é, em parte, uma alternativa para lidar com isso.



Assistência Farmacêutica em Cuba

A Política Nacional de Medicamentos cubana foi criada em 1991, provocando mudanças na estrutura, gestão e operação dos serviços de saúde. Tem como objetivo o uso racional dos medicamentos assim como uma busca constante de aprimoramento dos serviços farmacêuticos prestados à população (20).

A estrutura dos serviços farmacêuticos das províncias e municípios de Cuba é composta de: Farmácia Municipal Principal (FPM); Farmácia Comunitária/ Área de Saúde Especial (FCEAS); Farmácia Comunitária Normal (FCN); Farmácia Hospitalar/ Comunidade (FCAH) (21). A Farmácia Municipal Principal é o centro de referência em medicamentos de cada província; também faz parte da Rede Nacional de Farmacoepidemiologia (RNF), que possui um Centro de Desenvolvimento de Farmacoepidemiologia (CDF). A RNF é subordinada às decisões de grupos formados nas províncias e municípios, que possuem a responsabilidade para a execução de estratégias nacionais de farmacoepidemiologia no país (22).

No estudo de Manzano *et al.* (23), foram analisadas 791 farmácias comunitárias em Cuba, sendo que apenas 212 (26%) tinham a presença de um profissional farmacêutico graduado. Como a maior concentração de farmacêuticos está em Havana, onde 40,8% das farmácias comunitárias possuem um profissional, bem acima do resto das províncias, sendo as áreas mais críticas Isla de la Juventud (10%) e Pinar del Rio (11%).

Em relação ao número de farmácias por habitante, de acordo com a pesquisa realizada por Manzano *et al.* (23), apresenta-se 4.894,2 habitantes por farmácia em Cuba, podendo ser comparada com o índice do Reino Unido que é de 4.797 habitantes por farmácia. No entanto, esse não é um bom indicador da qualidade das políticas de assistência farmacêutica, já que não leva em conta, p. ex., a distribuição de farmácias sobre o território, nem a eficiência destas. No Brasil temos 2.994 habitantes por farmácia (24) e na Espanha, 2.033 habitantes (sendo o país com melhor cobertura farmacêutica da União Europeia); mas, assim como o gasto público em saúde é maior em Cuba que no Brasil, ele é maior no Reino Unido (83% do gasto em saúde) que na Espanha (70,9%).

A indústria farmacêutica cubana não possui fins lucrativos, e o processo de aquisição de medicamentos é de responsabilidade do Estado. As decisões sobre pesquisa e produção são feitas com base em informações epidemiológicas (18).



Algumas próteses e aparelhos, porém, não são fornecidos pelo Estado. Neste caso, seus preços são subsidiados. Como a produção nacional é insuficiente para a demanda da população, a importação de insumos de medicamentos é regulada e apoiada por organizações internacionais (18).

Comparando os indicadores os dois países

A República de Cuba é um país insular com 11 milhões de habitantes, localizado no mar do Caribe na América Latina, ocupando uma área total de 110 km², dividida em quinze províncias, 169 municípios. Trata-se de um país com economia socialista planejada. Seu Produto Interno Bruto (PIB) em 2014 era de 82,7 milhões de dólares (25). A taxa de crescimento do PIB anual de 2015 foi de 4%, em relação ao ano anterior (2014 apresentou crescimento de 1,3%); em 2016, espera-se um aumento maior devido ao crescimento do consumo e investimentos.

No quadro 1, efetua-se uma comparação entre Brasil e Cuba em relação a indicadores econômicos e sociais do Banco Mundial e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD).

Quadro 1. Indicadores Socioeconômicos de Brasil e Cuba

Indicadores do Banco Mundial - 2014	Brasil	Cuba	América Latina e Caribe
Gasto com saúde per capita - em U\$ PPC	1.318,172	2.474,617	1.111,557
Gasto com saúde, setor público (% do gasto público total)	6,782	18,011	-
Gasto com saúde, setor público (% do gasto total com saúde)	46,039	95,613	51,197
Gasto das famílias com saúde (% do gasto total com saúde)	25,470	4,387	31,706
Gasto com saúde, total (% do PIB)	8,323	11,059	7,239
Expectativa de vida - mulher (anos)	78,250	81,498	78,263
Expectativa de vida - homem (anos)	70,737	77,384	71,787
Risco de morte no parto (1 em)	1.200,000	1.700,000	650,000
Taxa de mortalidade, recém-nascido (sobre 1.000)	9,600	2,400	9,751
Taxa de mortalidade, menos de 5 anos (sobre 1.000)	16,200	5,600	18,353
Subnutrição (% of population)	5,000	5,000	7,477
Indicadores do PNUD - 2015			
Human Development Index (HDI)	0,755	0,769	-
Expectativa de vida média	74,500	79,400	-
Anos de escolaridade esperados	15,193	13,826	-
Escolaridade média	7,66	11,5136	-



Gini (renda - ano 2000 ⁽⁵⁾)	58,5	38	-
-----------------------------------------	------	----	---

Fonte: <data.worldbank.org> e <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>

Apesar de Cuba apresentar um PIB baixo, seu IDH é médio, possui taxas de mortalidade baixas e expectativa de vida ao nascer alta em comparação com o Brasil. Ainda, Cuba possuía 59 médicos por mil habitantes, o Brasil 12 médicos por mil habitantes; Cuba contava com 74 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes; o Brasil, 38 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes (26).

Esses índices elevados de qualidade em saúde seriam resultado da priorização das ações aos cuidados primários em saúde (16), e de boas estratégias de saúde pública associada a investimentos estratégicos em infraestrutura e em saúde primária, no controle de doenças infecciosas, na redução da mortalidade infantil e na criação de indústria de pesquisa (27).

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados eletrônicas utilizadas para a busca dos artigos científicos foram: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC), Biblioteca Virtual em Salud (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS). Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: Assistência Farmacêutica, Políticas de Saúde, Farmacêutico, Política Nacional de medicamentos, Saúde Pública.

Para fazer parte deste estudo, os artigos científicos preencheram os seguintes critérios: a) publicações do período entre 1998 a 2016 - a data de corte tem como justificativa a Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada no Brasil em 1998, que definiu as funções e finalidades da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do Sistema único de Saúde (SUS); b) textos completos e gratuitos para o acesso c) redigidos em espanhol ou em português. Para a seleção dos artigos foram realizados os seguintes passos: busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos selecionados, discussão dos resultados e redação das conclusões. Para a seleção dos artigos, foram analisados os

⁽⁵⁾ O coeficiente de Gini é uma medida estatística referente a uma distribuição; quanto maior ele for, mais desigual ela será. Não se encontraram dados sobre Cuba posteriores ao ano 2000. O valor mais recente para o Brasil é 51,9 (2014).



títulos, os resumos e as metodologias empregadas nos mesmos. Após a seleção, os artigos foram lidos e analisados na íntegra, para a presente revisão.

Resultados

O total de artigos encontrados referente ao tema deste estudo foi de: 48 artigos sobre Cuba; 171 Artigos sobre o Brasil. A partir dos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados 5 artigos sobre Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba (Quadro 2) e 21 artigos sobre Política de Assistência Farmacêutica no Brasil (Quadro 3).

Quadro 1. Artigos sobre a Política de Assistência Farmacêutica em Cuba

Ano	Autor	Periódico
2014	LÓPEZ	Rev Cubana Farm
2007	LORENZO et al.	Rev Cubana Salud Pública
	MOREIRA et al.	Rev Cub Med Mil
2006	MANZANO et al.	Rev Cubana Farm
	MANZANO et al.	Rev Cubana Farm

Fonte: Produzido pelo autor

Quadro 2. Artigos sobre a Política de Assistência Farmacêutica no Brasil

Ano	Autor	Periódico
2016	SILVA et al.	Ciência & Saúde Coletiva
	MONTEIRO et al.	Rev. Bras. Epidemiol
2015	YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES	Cad. Saúde Pública
2014	MAGARINOS-TORRES et al.	Ciência & Saúde Coletiva
2013	MACHADO	Rev. Adm. Pública
	VIEIRA; ZUCCHI	Saúde Soc.
2012	COSTA; NASCIMENTO Jr	Rev. Saúde Pública
2011	ALENCAR; NASCIMENTO	Ciência & Saúde Coletiva
2010	OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI.	Rev B.S.Publica Miolo
	OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI.	Ciência & Saúde Coletiva
	PEPE et al.	Ciência & Saúde Coletiva
	VIEIRA	Rev Panam Salud Publica
	BARRETO; GUIMARÃES	Ciência & Saúde Coletiva
2009	PORTELA et al.	Rev Ciênc Farm Básica Apl.
	CANABARRO; HAHN	Epidemiol. Serv. Saúde
2008	PAULA et al.	Physis Revista de Saúde Coletiva
	VIEIRA	Rev Panam Salud Publica



	ARAÚJO <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva
	KORNS, <i>et al.</i>	Rev. APS
2006	ARAÚJO; FREITAS	Rev. Bras. Cienc. Farm.
2000	COSENDEY <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública

Fonte: Produzido pelo autor

Nas publicações sobre Assistência Farmacêutica em Cuba, os autores têm como objetivo fornecer uma visão geral dos serviços de assistência farmacêutica prestados nas províncias cubanas, sua estrutura de funcionamento, características relacionadas a cada província, acesso da população aos serviços e medicamentos, bem como a gestão do conhecimento para o desenvolvimento da assistência farmacêutica. Além disso, há uma heterogeneidade de serviços farmacêuticos disponíveis nas comunidades, porém se apresenta um déficit de farmácias em relação ao número de habitantes por província, como também baixa proporção de profissionais farmacêuticos em atuação.

Os objetivos das publicações sobre a Política de Assistência farmacêutica no Brasil envolveram os seguintes aspectos: Análise da Política Nacional de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica, sua construção, gestão, os atores envolvidos em todo o processo, assim como o financiamento; o acesso e utilização de medicamentos; sistemas e programas; qualificação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde. Os autores frisam, em resumo, a ocorrência de um aumento significativo nos gastos da União, Estados e municípios para aquisição de medicamentos, nos investimentos no Programa Farmácia Popular e nos recursos destinados à estruturação de serviços. No entanto, há baixa disponibilidade de medicamentos e falta de profissionais capacitados a atuarem na AF, dificultando o acesso dos usuários. Destaca a fragilidade nos processos da Política Nacional de Medicamentos, associada à falta de um modelo norteador para as práticas da PNAF. Assim, torna-se necessária a formulação de estratégias e ações mais efetivas para a melhoria do acesso à saúde.

Conclusões

Como vimos, embora Brasil e Cuba sejam países com diferenças profundas (geográficas, econômicas, políticas, etc.), ambos têm sistemas de saúde resultantes de reformas sanitárias relacionadas a mudanças políticas, com caráter nacional, e com



propostas e objetivos afins: acesso universal e gratuito à saúde – o que inclui acesso a medicamentos.

Primeiramente, em relação à análise comparativa entre os dois países, distinguem-se a administração e a governança dos dois sistemas: conquanto haja participação da população através das Assembleias do Poder Popular, o sistema cubano é predominantemente centralizado. Isso decorre do fato de se tratar de um país relativamente pequeno com governo centralizado unitário. Já o SUS, tem administração descentralizada e regionalizada à repartição de competências entre os entes federativos autônomos.

Em segundo lugar, pode-se atentar para as diferenças político-econômicas dos dois sistemas. Cuba é uma das últimas repúblicas socialistas do mundo, com uma história de tensões diplomáticas em relação aos Estados Unidos da América, decorrentes da Guerra Fria o que lhe rendeu um longo embargo econômico com redução na capacidade de investimento e aquisição, especialmente no mercado internacional. Assim, em Cuba, as decisões econômicas são definidas por um planejamento estatal, que busca (dentro do possível) a autossuficiência, primando por investimentos em educação, formação profissional, pesquisa em biotecnologia, prevenção a doenças e saúde básica.

Já o Brasil, ainda que com alto grau de intervenção do estado na economia e reconhecimento de direitos sociais, é um país de sistema econômico capitalista. Isso se reflete na organização mais fundamental do sistema de saúde; por um lado, a Constituição dispõe que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, sendo que “as ações e serviços públicos de (...) constituem um sistema único” (art. 198; de outro, ela prevê que “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (art. 199), que pode complementar o sistema único, ainda que com preferência a entidades sem fins lucrativos). Ainda, a despeito de uns poucos laboratórios públicos, o setor privado sobressai na produção e comercialização de medicamentos²⁸. Isso permite inferir que, no Brasil, além da influência das decisões estatais, a saúde (e, principalmente, o mercado farmacêutico) é sensível a fatores de mercado – às decisões econômicas de particulares (empresas e consumidores) sobre investimento e consumo.

Essas diferenças são particularmente observáveis nas políticas de acesso a medicamentos dos diferentes sistemas. Em Cuba, o Estado é o protagonista na produção, na aquisição e na distribuição de medicamentos, conforme sua Política Nacional. No Brasil,



os medicamentos podem ser fornecidos diretamente, nos termos da respectiva Política Nacional de Medicamentos e da Política de Assistência Farmacêutica, ou adquiridos em farmácias particulares – nesse caso, eles podem ser subsidiados por programas como a Farmácia Popular. Dessa forma, o sistema brasileiro é suscetível não apenas a falhas de governança, mas também a falhas de mercado.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries, 2011 Disponível em: <<http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>> [Acesso em 10 mar 2016].
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS, 2011.
3. Menicucci TMG. A Política de Saúde no Governo Lula. Saúde Soc. 2011; 20(2): 522-532.
4. Brasil. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Diário Oficial da União. Brasília, 1971.
5. Brasil. Constituição Federal de 1988 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. [Acesso em 10 dez 2015].
6. Brasil. Lei Federal n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília, 20 set. 1990.
7. Oliveira LCF, Assis MMA, Bardoni RA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(3): 3561-3567.
8. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde. Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, 2005.
9. Portela AS, Leal AAS, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010; 31(1): 09-14.



10. Petersen LL. Políticas sociais no SUS e a gestão da assistência farmacêutica na rede local/regional: o caso da judicialização na 17ª coordenadoria regional de saúde-RS [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2014 [acessado 2016 Mar 10]. Disponível em < btd.unisc.br/Teses/LeticiaPetersen.pdf>.
11. Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ). Censo Demográfico Farmacêutico, 2014 [acessado 2016 Mar 12]. Disponível em: < <http://ictq.com.br/portal/estatisticas-do-setor-farmacaceutico/censo-demografico-farmacaceutico>>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica- QUALIFICAR-SUS. Portaria n.º 1.214 de 2012 Disponível em: <www.saude.gov.br/qualifarsu>[Acesso em 10 dez 2015].
13. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados. Brasília, 2005.
14. Ferreira PAA. Efeitos do co-pagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: Evidências do programa aqui tem farmácia popular [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Economia da Indústria e Tecnologia, Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro Disponível em:< http://www.ie.ufrj.br/images/pos-graduacao/ppge/Pedro_Americo.pdf> [Acesso em 10 mar 2016].
15. Rocha CMF, Roese A, Mello VRC, Mesquita MO, Pasini VL. Sistema Nacional de Saúde Cubano: vivências de uma equipe multiprofissional. Interagir: pensando a extensão 2015; 1(20): 124-134.
16. Madureira PSP. Sistema de Saúde Cubano. 2010 Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf>>[Acesso em 10 dez 2015].
17. Cuba. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. 2016 Disponível em:<<http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=Home>>[Acesso em 10 mar 2016].
18. Domínguez-Alonso E.; Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud pública de México. 2011; 53(2): 168-176.
19. Feitosa EC. As Assembleias do Poder Popular e as Tradições de Luta Democrática e de Participação Popular em Cuba [Dissertação]. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2011.
20. Cuba. Republica de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicamentos, 2007 Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19824es/s19824es.pdf>. [Acesso em 10 dez 2015].



21. Lorenzo SM. et al. La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(1).
22. Rossel-Mozon A. Centro de Información del Medicamento: la información para la Red Nacional de Farmacoepidemiología de Cuba. ACIMED. Ciudad de La Habana. 2005; 13(2).
23. Manzano EF, Sol AFM, Víctor FP, Giselle MCQ, Luisa IR, Ruth DHR. Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en las regiones Central y Oriental de Cuba. *Rev Cubana Far* 2006; 40(1).
24. Mantovani N, Crispim S. Centrais de Compras e Serviços no Setor de Farmácias do Brasil: Alternativa para a Sobrevivência das Farmácias Independentes Enfrentando Grandes Redes. *Gestão & Regionalidade*. 2013; 29(86).
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Países 2016 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>>. [Acesso em 12 mar 2016].
26. Rossetti-Ferreira MC, Ramon F, Silva APS. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. *Cadernos de Pesquisa*. 2002; 1(115).
27. Cooper RS. Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*. 2015; 1(35): 817–824.
28. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>> [Acesso em 12 mar 2016]
30. The World Bank. World Development Indicators 2016. 2016 Disponível em: <<data.worldbank.org>> [Acesso em 3 out 2016]
31. López LM. La gestión del conocimiento en los servicios farmacêuticos. *Rev Cubana Farm*. 2014; 48(4): 701-708.
32. Moreira GVC, Castillo LIR, Fernández HL, Hernández TS, Rodríguez JMP. Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. *Rev Cub Med Mil*. 2007; 36(3).
33. Silva MR, Pereira CN, Mendes LVP, Luiza VL. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(5): 1421-1432.



34. Monteiro et al. Acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde e equidade: inquéritos de base populacional em São Paulo, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2016; 19(1): 26-37.
35. Yamauti SM, Barberato-Filho S, Lopes LC. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(8):1648-1662.
36. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(9):3859-3868.
37. Machado SHS . O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Rev. Adm. Pública.* 2013; 47(3):543-565.
38. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde soc.* 2013; 22(1):73-84.
39. Costa KS, Nascimento Jr JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46.
40. Alencar TOS, Nascimento MAA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(9).
41. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(5):2405-2414.
42. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(2): 149–56.
43. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(6).
44. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol. serv. saúde.* 2009; 18(4):345-355.
45. Paula PAB, Alve TNP, Vieira RCPA, Souza AIS. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis.* 2009; 19(4).
46. Vieira F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24(2): 91-100.



47. Araujo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(supl):611-617.
48. Kornis GEM, Braga MH, Zaire CEF. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Revista de Atenção Primária em Saúde*. 2008; 11(1): 85-99.
49. Araujo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2006;42(1).
50. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(1): 171-182.

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em: 17.6.2017

Como citar este artigo:

Paladini SV, Rocha CMF, Petersen LL. Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre Brasil e Cuba: uma revisão integrativa. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):144-160.



Possibilidades e limites das práticas de monitoramento e avaliação em municípios acima de 50 mil habitantes

Possibilities and limits of monitoring practices and evaluation management in municipalities above 50 thousand inhabitants

Posibilidades y límites de las prácticas de monitoreo y evaluación en las ciudades más de 50000 habitantes

Andre Luis BonifácioCarvalho¹

Helena Eri Shimizu²

Maria de Fatima Sousa³

RESUMO: Objetivo - O objetivo do estudo foi verificar a percepção dos dirigentes das Secretarias Municipais quanto às práticas e processos do monitoramento e avaliação no âmbito da gestão governamental. **Metodologia** - Foi aplicado questionário a dirigentes governamentais (secretários ou técnicos) de municípios com mais de 50 mil habitantes e que aderiram ao Pacto da Saúde, obtendo-se 89 municípios. **Resultados** - Em que pese a maioria dos respondentes possuir os instrumentos de gestão e, fazer uso de sistemas de informação para subsidiar a tomada de decisão, podem ser consideradas como inadequadas ou insuficientes. **Conclusão** - Considerando-se as necessidades institucionais e os desafios a serem superados, é preciso fortalecer a organização de práticas que possibilitem a institucionalização do M&A no âmbito da gestão municipal.

Palavras-chave: Organização e Administração. Tomada de Decisão. Políticas Públicas.

ABSTRACT: Objective - The study aimed at investigating the perceptions of Local Administration Leaders in what concerned the practices and processes of monitoring and evaluation related to public management. **Methods** - A semi-structured questionnaire was applied to local government leaders (technicians and undersecretaries) from eighty-nine cities over 50,000 inhabitants that joined the "Pacto pela Saude". **Results** - Despite of the fact that the majority of respondents was equipped with management tools and made use of information systems to orient the decision-making processes, such use can be considered either inadequate or inefficient. **Conclusion** - Bearing in mind the institutional needs and challenges to be tackled, the paper has demonstrated the existence of significant gaps in relation to organizational practices that allow the institutionalization of M&A within the municipal administration, thus demonstrating a challenge to be overcome.

Keywords: Organization and Administration. Decision Making. Public Policies.

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela UNB, Professor Adjunto da UFPB/CCM/DPS, ex-gestor municipal, estadual e federal no âmbito do SUS. E-mail: andrelbc4@gmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado na Pan American Health Organization (Washington DC) em 2007. Atualmente é professor associado IV da Universidade de Brasília e Pro-Reitora de Pós-Graduação. Universidade de Brasília – UNB. E-mail: shimizu@unb.br

³ Pós-doutorado pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal (UQAM). Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde e atualmente Diretora da Faculdade de Saúde da UNB. E-mail: fatimasousa@unb.br



RESUMEN: Objective - El objetivo de este estudio fue verificar las percepciones de los líderes de los departamentos municipales en cuanto a las prácticas y procesos de seguimiento y evaluación en el contexto de la gestión gubernamental. **Metodología** - Fue el cuestionario aplicado a los jefes de gobierno (gerentes o técnicos) de los municipios con más de cincuenta mil habitantes y se unió al Pacto le salud, con obtención de 89 municipios. **Resultados:** Se constató que, aunque la mayoría de los encuestados con las herramientas de gestión, hacer uso de sistemas de información para apoyar la toma de decisiones, puede considerarse inadecuado o insuficiente. **Conclusión** - Teniendo en cuenta las necesidades institucionales y retos que superar, es necesario fortalecer la organización de las prácticas que faciliten la institucionalización de M & A en el marco de la gestión municipal.

Palabras llave: Organización e Administración. Toma de Decisiones. Políticas Publicas

Introdução

O processo da gestão em saúde é marcado pela interação de diferentes atores em espaços estratégicos com concepções e perspectivas distintas, havendo a permanente necessidade de intermediar conflitos e tensões.

Para Giovanella e Lobato (1), gestão é uma função de organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de saúde. Portanto envolve ações como traçar diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços, estruturar a rede de serviços em distintos níveis, dimensionar a oferta, e controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, profissionais ou empresas.

Rivera & Artmann (2), ao destacarem aspectos da Nova Gestão Pública, afirmam que a mesma se baseia na proposta de separação das funções de financiamento, regulação e prestação de serviços. Os autores propõem três elementos básicos: a propositividade que visa assegurar uma clareza da missão e de objetivos; a responsabilização, que pretende aumentar a responsabilidade dos gerentes ante as necessidades e demandas dos usuários e a performance, que implica criar fortes incentivos para melhorar o desempenho institucional.

Segundo Paim (3) a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionada ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na



produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de *administração estratégica* (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas.

De acordo com Campos (4), as funções tradicionais de gestão são: direção-gerência (comando, coordenação, papel executivo), de planejamento (concepção sobre o que faz e como se faz) e de controle (acompanhamento e orientação dos processos de trabalho). Neste caso, é essencial o diálogo de macroprocesso com o território; com sensibilidade para chegar aos micros-processos, onde todos os técnicos participem ativamente da tomada de decisão.

A Lei nº. 8.080 de 1990 (5), em seu artigo 18, que versa sobre as competências municipais, afirma que cabe aos municípios, planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde, como também participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), e em articulação com sua direção estadual participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho como também executar serviços.

Fica patente a responsabilidade dos gestores municipais, e segundo Berretta et. al, (6) a orientação para a descentralização do sistema de saúde ocorrida a partir dessas leis iniciou-se por meio da formulação e instituição de instrumentos reguladores próprios. As Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) (7) editadas durante a década de 90, e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, editada nas versões 2001 e 2002 (8), constituem documentos fundamentais no processo de concretização da descentralização por induzir a reformulação das funções dos entes governamentais e a relação entre eles na gestão do sistema.

Vale destacar que o conceito de gestão pode ser apresentado sob várias perspectivas, Tamaki et. al (9) afirma que a problematização do objeto - Gestão do SUS - com o objetivo de conhecer o entendimento dos principais atores que lidam com a prática no dia-a-dia, ou seja, equipes gestoras das instâncias federal, estaduais e municipais e suas representações, permitiu a construção consensual de que o conceito Gestão do SUS pode ser apresentado nessa lógica, visto que este objeto é discutido por várias correntes



teóricas e várias perspectivas empíricas. Há que se destacar que, na prática das instituições, este fazer é complexo e contingenciado por vários elementos contextuais.

Segundo o autor, há a compreensão de que a gestão do SUS pode ser entendida como um processo pelo qual equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação das Políticas de Saúde.

Nesta perspectiva, Carvalho et. al (10) destaca que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011 (11), que regulamenta aspectos da Lei 8080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

O autor destaca que, estes aspectos inerentes ao processo de implantação do novo pacto federativo precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão SUS, influenciando de maneira positiva na tomada de decisão.

No âmbito da gestão, fica evidente que as práticas de monitoramento e avaliação se constituem num carreador de responsabilidades, e de ações rumo a objetivos definidos previamente, onde devem ser previstas decisões em meio a situações diversas e impostas por circunstâncias que os gestores e as equipes que os assessoram muitas vezes não escolhem, sendo necessário a instituição de mecanismos e estratégias que potencializem e consolidem a sua institucionalização.

Tal percepção nos permite afirmar que este tipo de entendimento converge para um olhar sobre a gestão em saúde enquanto um processo contemplando dimensões técnicas e políticas e no caso do Sistema Único de Saúde, sua articulação a macroprocessos (pactos e planos) e micro processos que vão desde os cuidados em saúde, passando pelo planejamento, tomada de decisão e monitoramento e avaliação, facilitam a organização do sistema considerando as necessidades de saúde da população.

Poister (12) afirma que o monitoramento e avaliação são ferramentas críticas para a gestão. O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações



prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico.

Vale destacar que o acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas instâncias de gestão do SUS que ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecem a participação e o controle social de ações e serviços prestados pelo SUS.

Silva (13), destaca que as novas responsabilidades com a gestão do sistema de saúde requerem a incorporação do monitoramento e da avaliação como componente do processo de planejamento, como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisões e como elemento auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial. Sua adoção como uma atividade sistemática ao interior da gestão municipal; estadual e federal pode ser considerado um dos indicadores de modificação do modelo de atenção a saúde.

Cabe destacar que existem poucos estudos e publicações que tratam de percepções e concepções de gestores governamentais sobre os processos e práticas de M&A em Saúde. Ademais, verifica-se uma lacuna na produção de conhecimentos mais focados em processos e práticas de M&A orientados para a gestão governamental em Saúde, particularmente de âmbito municipal, e o presente artigo que fruto dos achados de recente Tese de Doutorado defendida junto ao programa de pós-graduação em Ciências da Saúde na UNB, pretende contribuir com a produção de abordagens e conhecimentos referentes à percepção dos gestores municipais sobre esses processos no âmbito da gestão do SUS.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, construído com base em um estudo cuja amostragem foi de 1.113 secretarias municipais de saúde (20% do total) no Brasil, distribuídas pelas unidades federativas e grandes regiões, estratificadas por sete faixas populacionais, a saber: menos de 10.000; de 10.000 a 49.999; de 50.000 a 99.999; de 100.000 a 249.999; de 250.000 a 499.999; de 500.000 a 999.999; e de 1.000.000 e mais habitantes como base original da pesquisa.



Para a construção do artigo, foram selecionados os municípios com mais de 50.000 habitantes, tendo como base a hipótese de que os municípios maiores apresentam melhores condições de infraestrutura para monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Posteriormente, incluíram-se apenas os municípios que haviam aderido ao Pacto pela Saúde, no período de 2007 a 2010, por considerar que este instrumento de gestão introduziu diversos elementos para fortalecer as práticas de monitoramento e avaliação. A referida seleção propiciou a definição de 89 municípios conforme exposto na tabela abaixo.

Tabela 1: Estratos populacionais com os respectivos percentuais dos municípios brasileiros e o quantitativo de município respondentes.

Estratos Populacionais	% da população	Secretarias Municipais respondentes
50.000 a < 100.000 hab.	27%	24
100.000 a < 250.000 hab.	26%	23
250.000 a < 500.000 hab.	19%	17
500.000 a < 1.000.000 hab.	18%	16
> 1.000.000 hab.	10%	9
Total	100%	89

Fonte: Pesquisa Gestores Municipais sobre Práticas e Processos de M&A

Para a obtenção de dados foram aplicados questionários com questões fechadas e aberta aos dirigentes das SMS, foram incluídos, preferencialmente os Secretários Municipais, ou técnico da gestão municipal envolvidos com as ações de planejamento e gestão.

O instrumento foi testado previamente e enviado a partir do sistema FormSUS, possibilitando o preenchimento e envio de respostas por meio da *Internet*. Para ampliar o número de respostas foi feito um amplo processo de divulgação e sensibilização dos gestores por meio da utilização de contato telefônico, via *email*, e articulação com os Conselhos de Secretarias Municipais (COSEMS) por meio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).



O período decorrido entre o início de envio e encerramento de recebimento dos questionários durou 6 meses. Os dados coletados foram processados com o auxílio dos programas Tabwin e Epi-Info.

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado no âmbito do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer 238/2010. No processo da pesquisa foram observadas e obedecidas as regras estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O primeiro ponto a destacar, diz respeito ao perfil dos respondentes, em que 48% foram os próprios Secretários Municipais de Saúde, os demais exerciam diversos outros cargos e funções junto às secretarias municipais vinculados à atenção básica, planejamento e gestão.

Com relação ao processo de análise dos questionários, as respostas foram organizadas em três eixos, a saber: situação de saúde e demandas de serviços, processo de trabalho e instrumentos de gestão (plano, programação e relatório)

O primeiro conjunto de questões tratou do tema situação de saúde e demandas de serviços, e expressou a situação da gestão municipal com relação à existência dos mesmos, mas a identificação de instrumentos e indicadores capazes de propiciar o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação.

Através da análise das questões da tabela 2, pode-se verificar que apenas 31% afirmou dispor efetivamente de dados e informações que definem como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão da própria SMS. Quanto ao fato de possuir alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população do município, 69% afirmou possuir, no momento do estudo.

No que tange à SMS produzir e publicar algum boletim epidemiológico periodicamente, apenas 34% afirmou possuir.

Quando perguntados sobre a existência de dados e informações detalhadas sobre o perfil da atenção básica e média complexidade os respondentes afirmam respectivamente possuir as referidas informações nos seguintes percentuais, 53% e 41%.



Segundo os respondentes, respectivamente (83%) e (92%) possuem serviços de Ouvidoria e Auditoria, Regulação e Controle próprio e funcionando. Quanto à existência, no âmbito da Prefeitura Municipal (não somente da SMS), de algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise, apenas 38% respondeu afirmativamente.

Com relação a utilização dos Sistemas de Informações de Saúde (SIS) de forma frequente e regular, em questão de múltiplas escolhas os gestores destacaram prioritariamente o Sistema de Informações de Mortalidade (30%), Sistemas de Informações de Atenção Básica (29%) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (29%). Cabe destacar a baixa identificação dos sistemas de regulação, orçamento público e Cartão SUS como sistemas que auxiliam a tomada de decisão dos gestores.

Com relação à situação referente, a realização da análise e monitoramento das demandas encaminhadas de, ou para serviços de saúde de outros municípios, em questão de múltipla escolha, predominaram respostas positivas; sendo que 57% realizam com alguma regularidade, 25% afirmam realizar eventualmente e os 18% restantes não o fazem ou não sabem responder.

Por fim, cabe destacar o padrão de respostas dadas à uma questão aberta, referente aos tipos de dados e/ou informações que o(a) gestor(a) considerava imprescindíveis para o monitoramento da gestão na secretaria de saúde de seu município, destacando-se sistema de informação 19%, indicadores do pacto pela saúde 17%, dados epidemiológicos 14% e dados demográficos com 12%.

**Tabela 2:** Situação de Saúde e Demanda de Serviços

Questões / Situação	Sim	Não	Em Termos	Prefiro não responde
Em sua mesa de trabalho, o(a) sr(a). dispõe efetivamente dos dados e informações que define como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão em sua Sec.de Saúde?	31%	5%	45%	19%
A Sec. de Saúde possui alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população?	69%	27%	2%	2%
A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma periódica?	34%	28%	37%	—
A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda por atenção básica	53%	15%	29%	3%
A SMS possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de Média e Alta Complexidade?	41%	16%	39%	2%
Existe algum serviço governamental de Ouvidoria (ou de recebimento e registro de queixas, reclamações do público etc.) em funcionamento atualmente, em seu município?	83%	15%	—	—
Existe algum serviço próprio de Auditoria, Regulação e Controle na Sec. de Saúde?	92%	5%	—	3%
A Prefeitura Municipal possui algum gabinete, grupo de profissionais capacitados e treinados especificamente para o gerenciamento de crises	38%	21%	35%	2%

Fonte: Pesquisa Gestores Municipais sobre Práticas e Processo de M&A

O tema processo de trabalho compõe o segundo conjunto de questões, e está vinculado ao uso dos resultados do monitoramento e avaliação na reorganização dos processos e práticas do trabalho, situação afirmada por 59% dos respondentes, resultado que se repete na questão referente a uso de estratégia para a identificação e monitoramento de fontes de recursos de investimento. Com relação à utilização de sistema, programa ou protocolo para controle de custos 82% afirmaram possui.

Qualificando os resultados referentes aos aspectos da análise do processo de trabalho, destacam-se um conjunto de respostas referentes ao contingente de trabalhadores que exclusivamente trabalham com ações de monitoramento e avaliação da gestão governamental nas SMS, onde a maioria dos respondentes, 80%, referiu ter trabalhadores, destacadamente a faixa de 2 a 5 trabalhadores, com 59% dos respondentes. Vale o registro que 17% referiram não ter nenhum trabalhador voltado exclusivamente para esta função nas SMS.



Com relação aos tipos de dados e/ou informações consideradas imprescindíveis para o monitoramento da gestão governamental na SMS, foram destacadas às informações oriundas dos sistemas de informação; dados epidemiológicos e indicadores do Pacto pela Saúde.

Tabela 3: Aspectos do Processo de Trabalho

Questões/Situação	Sim	Não	Em Termos	Prefir resp
Na sua Secretaria de Saúde os resultados do monitoramento e monitoramento e avaliação são utilizados para reorganizar o processo de trabalho?	59%	39%	___	2'
A SMS, possui alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação e monitoramento de fontes e captação de recursos de investimentos?.	59%	9%	29%	3'
A SMS adota e/ou utiliza algum sistema, programa ou protocolo para controle de custos (controle e redução de gastos, e de desperdícios etc.)?	82%	14%	___	1'

Fonte: Pesquisa Gestores Municipais sobre Práticas e Processo de M&A

No que tange às questões, do terceiro eixo de análise, referentes aos instrumentos de gestão, a maioria (84%) afirmaram ter plano de saúde e relatórios de gestão, Corroborando com a situação exposta na questão anterior a maioria, 75%, dos respondentes quando perguntados se na SMS era utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos estabelecidos para o Plano Municipal de Saúde, responderam afirmativamente, além do que 66% também afirmaram existir indicadores relativos às diretrizes da última Conferência Municipal de Saúde.

Quando perguntados sobre como classificam a utilidade dos Relatórios de Gestão elaborados na Secretaria de Saúde a maioria, 64%, respondeu positivamente, ou seja, muito útil. No que tange a situação referente existência de indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas nos respectivo Plano de Saúde vigente, a maioria; 75%; respondeu positivamente.

**Tabela 4:** Aspectos referentes aos instrumentos de gestão.

Questões / Situação	Sim	Não	Em Termos	Prefiro não responder	Não Sei
Possui Plano Municipal de Saúde Atual?	84%	13%	—	3%	—
Na SMS é utilizada alguma modalidade/instrumento de M&A sobre a consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente (PPA/PMS/Pacto pela Saúde etc)?	75%	8%	15%	2%	—
No Plano Municipal de Saúde constam indicadores relativos às diretrizes da última CMS?	66%	15%	16%	1%	2%
Na sua opinião, como o(a) sr(a) classifica a utilidade prática dos Relatórios de Gestão elaborados na sua Sec. de Saúde?	64%	10%	24%	2%	—
No Relatório de Gestão constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no PMS?	75%	4%	17%	1%	3%

Fonte: Pesquisa Gestores Municipais sobre Práticas e Processo de M&A

No tocante aos benefícios para o município em termos dos processos de monitoramento e avaliação da própria gestão governamental, os temas mais recorrentes se relacionaram a: qualificação do processo de planejamento, otimização dos gastos, aumento da capacidade de prever problemas e auxiliar na melhoria na prestação de serviços à população.

No que tange as potencialidades advindas da implantação dos processos de monitoramento e avaliação, os temas mais recorrentes versaram sobre: a possibilidade concreta de capacitação da equipe técnica; ampliação da capacidade de gestão e melhoria na oferta de serviços, fatores que coadunam com a visão dos respondentes no que tange aos benéficos em estruturar os processos de M&A.

Com relação às maiores dificuldades referentes ao desenvolvimento de processos e práticas para o monitoramento avaliação da gestão na SMS, os temas mais recorrentes aludem à baixa qualificação e quantidade de profissionais para lidar com esta área, seguido da baixa capacidade de gestão e a fragmentação e desarticulação dos sistemas de informação.

Quanto aos espaços institucionais onde os resultados do processo de monitoramento e avaliação são divulgados ou apresentados, observa-se a preponderância de Conselhos Municipais de Saúde isoladamente; 19% ou em conjunto com outros espaços como Câmara de Vereadores e Comissões Intergestores Bipartites. Cabe destacar que isoladamente o espaço da CIB/CIR é insignificante.



Por fim ao tratarmos da questão referente a(s) forma(s) de comunicação dos resultados da gestão para a população em geral, ficou claro que a todas as secretarias o fazem, com destaque para o uso conjunto de Rádio, Jornal, Folhetos e Televisão.

Discussão

O presente estudo foi construído a partir de informações referidas, sendo a maioria dos seus resultados derivados de respostas com distintas gradações que apontam para situações diferenciadas e diversas, que segundo Miranda et al (14), possibilita a formulação de hipóteses plausíveis para subsidiar outras investigações complementares (em curso) e inspirar questões investigativas correlatas.

Tendo em vista o recorte populacional analisado, ou seja, municípios acima de 50.000 mil habitantes e que no período estudado haviam aderido ao Pacto pela Saúde, e que pelo porte populacional, podem ser classificados como os que possuem melhor estrutura de serviços e/ou gestão, sendo assim, no que tange ao eixo análise de situação de saúde e demanda de serviços, vimos que a minoria afirma dispor efetivamente de dados e informações que definem como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da própria gestão governamental, situação reforçada pela declaração da maioria de utilizarem estratégias ou dispositivos com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população, situação que é contrariada pelo baixo percentual dos respondentes que afirmam produzir e publicar algum boletim epidemiológico periodicamente.

Perguntados sobre a existência de dados e informações detalhadas sobre o perfil da atenção básica e média complexidade, mais uma vez, vimos uma situação que deve ser considerada insatisfatória, pois os respondentes afirmam respectivamente possuir as referidas informações em percentuais, que pode ser considerado baixos tendo em vista a situação de gestão que ocupam

Esta hipótese ganha força aos verificarmos que a maioria dos respondentes afirmou possuir informações sobre o M&A referente aos encaminhamentos ou referenciamentos de casos de outros municípios, porém este processo não possui uma regularidade adequada o que reforça a crítica feita anteriormente.

A análise e a existência e utilização de estruturas e/ou dispositivos destinados a produzir dados e informações para o M&A em Saúde, evidenciou proporções de respostas



enfaticamente positivas, com forte presença dos serviços de Ouvidoria e serviços próprios de Auditoria, Regulação e Controle de fluxos de demandas dos serviços de Saúde. Fato que não se repete quanto à existência de um gabinete, grupo ou profissionais capacitados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise, o que denota fragilidade das gestões em lidar com situações que se apresentam cotidianamente envolvendo práticas de M&A.

Com relação aos Sistemas de Informações de Saúde (SIS) utilizados de forma frequentemente e regular, ficou patente a predominância dos Sistema de Informações vinculados a Mortalidade; Atenção Básica e Nascidos Vivos, o que de certa forma corrobora com as respostas dos gestores sobre que tipos de dados e/ou informações consideravam como imprescindíveis para o monitoramento da gestão governamental na SMS, onde ficou patente que os temas mais recorrentes estavam relacionados às informações oriundas dos dados epidemiológicos e indicadores do Pacto pela Saúde.

Ainda com relação ao uso dos SIS, cabe destacar a baixa identificação dos sistemas de regulação, orçamento público e Cartão SUS como sistemas que auxiliam a tomada de decisão dos gestores.

Mesmo que não se possa classificar como inadequados, os processos referidos, os mesmos denotam um padrão na percepção dos gestores, com ênfase no uso de informações epidemiológicas, o que em nossa opinião caracteriza certa redução no nível de abrangência para com os escopos teóricos e metodológicos inerentes aos processos de institucionalização das práticas de M&A no âmbito da gestão do SUS.

No tocante as práticas vinculadas ao processo de trabalho destacam-se como aspectos positivos o uso dos resultados do monitoramento e avaliação na reorganização do processo de trabalho, resultado que se repete na questão referente a uso de estratégia para a identificação e monitoramento de fontes de recursos de investimento e utilização de sistema, programa ou protocolo para controle de custos.

Com relação à estruturação de processos de M&A, a maioria dos respondentes referiu ter trabalhadores exclusivamente dedicados as ações de monitoramento e avaliação da gestão governamental na SMS, porém em questão aberta, a maior parte refere ser a baixa qualificação e quantidade de profissionais um problema central e que dificulta a institucionalização e incremento de processos e práticas de M&A. Pode-se verificar que o tema da qualificação e da quantidade de profissionais é destaque quando os



respondentes exploram a questão referente às maiores dificuldades para o desenvolvimento de processos e práticas para o monitoramento avaliação da gestão na SMS, que somada à fragmentação e desarticulação dos sistemas de Informação apresentam-se como os principais desafios a serem superados.

Fica clara a percepção dos gestores quanto aos benefícios inerentes a estruturação das práticas e processos do M&A da gestão, vinculadas à qualificação do processo de planejamento a partir de um melhor conhecimento sobre a situação de saúde, com a efetiva possibilidade em ampliar a capacidade em prever problemas e otimizar os gastos, propiciando a ampliação da capacidade de gestão e melhoria na oferta de serviços.

Com relação aos espaços institucionais em que os resultados do processo de monitoramento e avaliação são divulgados ou apresentados, os Conselhos Municipais de Saúde isoladamente ou em conjunto com outros espaços como Comissões Intergestores Bipartites, destacam-se, porem em que pese à preocupação dos respondentes com o espaço do Controle Social, a situação não coaduna com o que foi verificado quando da indagação sobre os benefícios para o município na estruturação de processos de monitoramento e avaliação da própria gestão governamental, onde o empoderamento da população e o controle social são expressos de forma insignificante.

Vale destacar que quando tratados isoladamente o espaço da CIB/CIR é irrelevante, o que denota preocupação, pois são nestes espaços que os gestores precisam se comunicar e construir agendas federativas qualificadas e pactuadas em torno das necessidades de saúde da população.

O uso conjunto do Rádio, Jornal, Folhetos e Televisão, aparecem como a forma com que os gestores comunicam os resultados para a população em geral.

São extremamente positivas as referências feitas ao uso efetivo de instrumentos de gestão, como Planos de Saúde, Planos Plurianuais e Relatórios de Gestão. Cabe destacar que a maioria dos gestores afirmaram ter Plano Municipal, onde constam deliberações da última Conferência de Saúde e Relatório de Gestão com diretrizes e indicadores referente ao Plano de Saúde, o que de certa forma permite a construção de conexões entre as diretrizes deliberadas em instâncias de controle social e o processo de planejamento governamental, propiciando uma certa operacionalidade, e a utilização coesa de informações geradas entre os referidos instrumentos.



Por fim, com relação aos instrumentos de monitoramento mais utilizados, segundo os respondentes, destacam-se o Painel de Indicadores e os Relatórios de Avaliação, o que reforça o disposto anteriormente.

Conclusão

Como ainda não temos estudos comparativos, torna-se difícil estabelecer se os resultados encontrados podem ser considerados adequados ou inadequados ao contexto e ao momento de implantação de processos de M&A no âmbito da gestão do SUS. Porém em termos das necessidades institucionais e dos desafios a serem superados e pelo porte dos municípios estudados, os resultados para um conjunto de situações podem ser consideradas inadequadas ou insuficientes aos processos de tomada de decisão no âmbito da gestão municipal em saúde.

Por fim podemos levantar como hipótese, com base nas informações coletadas, consubstanciada na análise descritiva feita, que o processo de institucionalização do M&A, objeto deste estudo ainda é incipiente, servindo de subsídio para que possamos construir uma agenda estratégica no sentido de qualificar melhor essas informações, encontrar caminhos e desenhar estratégias para enfrentar o problema em questão.

Referências

1. Giovanella L; Lobato LVC. Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI (organizadores) Política e Sistemas de Saúde no Brasil; Editora Fiocruz/Cebes – 107-140, 2008.
2. Rivera FJ; Artmann E; Planejamento e gestão em saúde :conceitos, história e propostas ; Rio de Janeiro, Fiocruz , 162 p; 2012.
3. Paim,JS.: Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS; Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.2 Rio de Janeiro.2003.
4. Campos GWS. O público , o estatal , o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec, 89-110.2005.
5. Brasil, Lei 8080 : Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.



6. Berretta, IQ; Lacerda, JT; Calvo, MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde; Cader. Saúde Publ. , Rio de Janeiro, nov, 27(11). pp 2143-2154.2011,
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. NOB 01/93. Brasil: Ministério da Saúde;1993.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasil: Ministério da Saúde;2001.
9. Tamaki EM; Tanaka OY; Felisberto E; Alves CKA; Junior MD; Bezerra LCA; Calvo CM; Miranda AS; Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS; Ciências & Saúde Coletiva, 17(4)821-828, 2012.
10. Carvalho ALB, Guerreiro JV, Rodrigues RM, Veras CLM, Araujo LM, Azevedo Julia FS, Lima LMCG, Batista MRM, Remigio J. O pacto dos indicadores da Atenção Básica: um instrumento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS na Paraíba. *Divulg. Saúde Debate* 2000;(20):46-51.
11. Brasil. Decreto 7508 : Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, DF, 2011.
12. Poister , TH. *Mensuring performance in public and nonprofit organizations*. São Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
13. Silva.RR, Brandão DB. Os Quatro elementos da avaliação. *Olho Mágico*, 10(2), abril-jun, 2003. p 59-66.
14. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGC. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde.*Ciências & Saúde Coletiva*, 17(4).913-920,2012.

Recebido em: 9.9.2017
Aprovado em:17.9.2017

Como citar este artigo:

Carvalho ALB, Shimizu HE, Sousa MF. Possibilidades e limites das práticas de monitoramento e avaliação em municípios acima de 50 mil habitantes. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):161-176.



Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová

Paradoxical relationship of life versus death and blood transfusion in Jehovah's Witnesses

Paradoxal relación de la vida versus muerte y la transfusión de sangre en los Testigos de Jehová

Thaiana Cirqueira Gonçalves¹

RESUMO: Objetivo - O presente trabalho visa estudar o conflito de princípios fundamentais na base de bioética e no ordenamento jurídico brasileiro. **Metodologia** - Foi feita uma revisão narrativa de literatura. **Resultados** - Pacientes que são vinculados / adeptos da religião "Testemunhas de Jeová" recusam tratamento de transfusão de sangue por motivo de suas crenças religiosas, contudo, é necessário respeitar o princípio da dignidade humana. O tratamento com sangue para os adeptos da Testemunhas de Jeová é uma problemática complexa que envolve diferentes paradigmas e uma colisão de preceitos fundamentais, como a liberdade de crença e o direito à vida. Há um conflito entre a autonomia do paciente e o dever e responsabilidade civil do profissional de saúde. Para o tratamento alternativo, alguns métodos são oferecidos para mas o sangue não tem um substituto eficaz, sendo muitas vezes o único meio para se manter uma vida. **Conclusão** - Há escassa literatura para o tema da transfusão de sangue em adeptos da Testemunhas de Jeová e as posições são antagônicas.

Palavras-chave: Transfusão de sangue. Testemunha de Jeová. Direito a Saúde

ABSTRACT: Objective - This study aims to study the conflict of fundamental principles based on bioethics and the Brazilian legal system. **Methodology** - A narrative review of the literature was done. **Results:** Patients who are "Jehovah's Witnesses" adherents refuse blood transfusion treatment for reasons related to their religious beliefs. This, in turn, underlies the life and principles that these people will follow, however, it is necessary to respect the principle of human dignity. Therefore, allogeneic blood treatment in Jehovah's Witnesses is a complex problem involving different paradigms and a collision of fundamental precepts such as freedom of belief and the right to life. The autonomy of the patient and the duty and responsibility of the health professional to save lives also come into conflict. For the alternative treatment some methods have been created with the intention of minimizing this problem, however, despite the numerous techniques to avoid transfusion, blood does not have an obsolete and effective substitute, it is often the only way to maintain life of the patient. **Conclusion** - There is little literature on the topic of blood transfusion among Jehovah's Witnesses.

Keywords: Blood transfusion. Jehovah's Witnesses. Right to Health

RESUMEN: Objetivo - El presente trabajo pretende estudiar el conflicto de principios fundamentales en la base de bioética y en el ordenamiento jurídico brasileño. **Metodología** - Se realizó una revisión narrativa de la literatura. **Resultados** - Pacientes que son

¹ Especialista em Direito Sanitário. Email: thaianaa@hotmail.com



vinculados / adeptos de la religión "Testigos de Jehová" rechazan tratamiento de transfusión de sangre por motivo de sus creencias religiosas, sin embargo, es necesario respetar el principio de la dignidad humana. El tratamiento con la sangre para los adeptos de los Testigos de Jehová es una problemática compleja que involucra distintos paradigmas y una colisión de preceptos fundamentales, como la libertad de creencia y el derecho a la vida. Hay un conflicto entre la autonomía del paciente y el deber y responsabilidad civil del profesional de la salud. Para el tratamiento alternativo, algunos métodos se ofrecen pero la sangre no tiene un sustituto eficaz, siendo a menudo el único medio para mantenerse una vida. **Conclusión** - Hay escasa literatura para el tema de la transfusión de la sangre en adeptos de los Testigos de Jehová y las posiciones son antagónicas.

Palabras llave: Transfusión de sangre. Testigo de Jehová. Derecho a la Salud

Introdução

O conceito de saúde é dito como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, ou seja, não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (1). A saúde se torna então, um emaranhado de facetas que visa a busca da qualidade de vida de um ser humano, tornando-se algo de alta complexidade.

A saúde é um objeto de proteção jurídica, já que a Constituição Federal rege que a saúde é um dever do Estado e direito de todos. Portanto, proteger à saúde juridicamente, equivale à proteção estatal de todos os direitos e necessidades que visam garantir a saúde de cada indivíduo, seja por meio de ações, serviços ou intervenções tanto de caráter preventivo quanto curativo (2).

Segundo Mueller, Plevak e Rummins (3) a maioria dos pacientes têm alguma forma de vivência espiritual e, através da análise comparativa de estudos publicados sobre esta temática, entenderam que a espiritualidade e o envolvimento religioso estão associados com melhores prognósticos de saúde, incluindo maior longevidade, mais autonomia e melhor qualidade de vida.

A questão da recusa de pacientes adeptos a seita das "Testemunhas de Jeová" à transfusão de sangue por motivos religiosos é um assunto bastante polêmico. Esta situação envolve um confronto entre as crenças e a autonomia do paciente e o dever e responsabilidade do profissional de saúde em salvar vidas. Na situação em que um paciente recusa o tratamento à base de sangue e seu médico insiste nele, surge um conflito, que precisa ser solucionado pelos princípios da bioética e do ordenamento jurídico vigente, especialmente os princípios fundamentais.



Assim, a pretensão desse trabalho é analisar a paradoxal relação da transfusão de sangue com a dignidade humana, no que concerne à autonomia do sujeito e o dever do médico, observando os limites dessa situação, com vistas, também, ao paradigma religioso envolvido nessa discussão. Destarte, o trabalho tem o intuito de, através da bioética e de um levantamento bibliográfico sobre a temática, apresentar o estado da arte dessa discussão numa perspectiva crítica.

Metodologia

No que concerne à metodologia, foi realizado um levantamento bibliográfico, a partir de sites de buscas de artigos científicos, tais como Medline, PsycINFO, Bireme, Scielo. O filtro para a busca foram os seguintes descritores: transfusão de sangue; liberdade de crença; testemunhas de Jeová; bioética; autonomia do paciente.

Foram utilizadas, ainda, as referências bibliográficas de doutrina conceituada para se aprofundar sobre a temática e realizar um estudo detalhado. No que tange ao método de análise, pode-se dizer que serão utilizados alguns aportes da bioética, tais como a autonomia do paciente e a dignidade humana.

O trabalho foi dividido em três aspectos relevantes. Inicialmente contextualizaremos a transfusão de sangue, sua eficácia e métodos alternativos, além de uma análise sobre a religião das “Testemunhas de Jeová” para uma maior compreensão dessa crença. Posteriormente, o tema abordado será a bioética fundamentada nos princípios basilares da Constituição Federal sobre esse dilema. Por fim, abordaremos o paradoxo entre a vida em relação a uma morte digna segundo a crença da religião em questão, o dilema do corpo médico entre sua responsabilidade de salvar vidas e a autonomia do paciente e os contextos nos quais esse dilema é ainda mais complexo.

Resultados

A transfusão de sangue é uma importante ferramenta para o tratamento de suporte que auxilia na reposição de volume sanguíneo ou para corrigir o déficit de alguns componentes sanguíneos. Todavia, para se minimizar os riscos oriundos da transfusão alogênica e em situações de recusa do paciente ao tratamento como é o caso das Testemunhas de Jeová, outras técnicas foram disponibilizadas tentando ser uma alternativa para obter a cura sem a utilização de sangue. Será abordada a eficácia da



transusão sanguínea e dos métodos alternativos, além de uma contextualização sobre as testemunhas de Jeová para se entender a recusa da terapia com sangue. Analisaremos, nos tópicos seguintes, o método tradicional e os alternativos, no que concerne à transusão de sangue, bem como as suas eficácias.

Até cerca de 1900, a transusão sanguínea era uma atividade empírica. Após a descoberta dos grupos sanguíneos por Karl Landsteiner, o diagnóstico e tratamento hemoterápico ganharam espaço como uma prática científica (4).

Os hemocomponentes e hemoderivados têm papel importante dentro dos tratamentos médicos. As transfusões com sangue são realizadas para aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio, para restaurar o volume sanguíneo do organismo, para melhorar a imunidade ou para corrigir distúrbios da coagulação (5).

Porém, pacientes Testemunhas de Jeová se recusam, terminantemente, a receber transusão sanguínea, ainda que autólogas com sangue previamente armazenado. Esses pacientes defendem a tese de que ao invés da hemotransusão, método tradicional para tratamento de suporte, podem-se utilizar métodos alternativos como eritropoietina humana recombinante, interleucina-11 recombinante, ácido aminocapróico e tranexâmico, adesivos teciduais, expansores do volume do plasma, colóides e instrumentos hemostáticos como o eletrocautério, lasers ou o coagulador com raio de argônio (6).

Em 6 de outubro de 1998 foi realizada uma conferência médica internacional em Moscou, intitulada “Alternativas para Transfusões nas Cirurgias”, na qual compareceram cerca de 800 médicos de diversas localidades como Rússia, França, EUA, Bélgica e Suécia. A partir dessa conferência as Testemunhas de Jeová iniciaram a busca por métodos alternativos e reiteraram o seu entendimento quanto ao fato de que escolheriam outro método para o tratamento de saúde que demandasse transusão. Assim, observa-se que essa conferência foi um marco histórico para essa problemática (7).

Com a recusa das Testemunhas de Jeová para tratamento com sangue, buscaram-se métodos alternativos de tratamento, sendo que a decisão de aceitar ou não o tratamento é escolha exclusiva de cada paciente Testemunha de Jeová. Ou seja, a autonomia do indivíduo, no tocante à escolha do seu tratamento, é o “novo” paradigma.

Algumas metodologias para a substituição de sangue são utilizadas, por exemplo, líquidos expansores eficazes do volume do plasma, que não contêm sangue, para a compensação de perda sanguínea, entre eles, a solução salina, dextrama, o haemacel, a



solução de lactato de Ringer e a hidroxietila de amido. Para a compensação de oxigênio, os médicos podem administrar oxigênio em concentração alta, depois de recuperado o volume plasmático e, também, podem ajudar a formar mais glóbulos vermelhos, ministrando concentrados de ferro e a eritropoietina sintética (8).

A transfusão autóloga é a técnica de transfusão que utiliza o próprio sangue armazenado previamente antes de cirurgias eletivas para reposição posterior, porém esta técnica não é aceita pelas Testemunhas de Jeová. Nesses pacientes pode-se utilizar a técnica de hemodiluição normovolêmica aguda, que consiste na retirada de um volume previamente determinado de sangue e reposição simultânea de solução cristalóide, colóide ou ambos, não sendo separado do paciente e reinfundido durante ou no final da cirurgia (9).

Existe também, o sistema de recuperação das células sanguíneas durante a cirurgia. A máquina de autotransfusão recebe o sangue coletado do paciente, por meio de sucção durante a cirurgia, misturando-o com solução fisiológica, separando as hemácias e removendo as impurezas. Essas células sanguíneas são então reinfundidas no paciente, sendo um procedimento (a reinfusão) contínuo à conexão do sangue com o paciente (9).

Há a possibilidade de se resfriar o paciente durante a cirurgia para reduzir as necessidades de oxigênio, ou ainda utilizar bisturi elétrico nesses procedimentos para se minimizar os riscos de hemorragias. Porém essas técnicas que minimizam a perda de sangue, não possuem eficácia suficiente para reverter certos quadros (8).

Entretanto, apesar das inúmeras técnicas para se evitar a transfusão, o sangue não tem um substituto obsoleto e eficaz. Em pacientes com iminente perigo de vida, a realização de transfusão de sangue seria imprescindível para restabelecer o volume intravascular e restaurar a capacidade de transporte de oxigênio em tempo adequado, não podendo, atualmente, ser suprida por alternativa médica. A decisão de transfundir componentes do sangue deve ser avaliada, contrabalançando seus riscos e benefícios (10).

As Testemunhas de Jeová têm um contingente de adeptos de aproximadamente 7.000.000 pessoas distribuídas em 236 países, segundo as informações da Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, atualizados em 2012. A religião tem costumes peculiares e interpretações próprias dos textos bíblicos. Entre uma de suas crenças, está a



da condenação pelo recebimento de sangue de outra pessoa, logo não recebem o tratamento de transfusão sanguínea.

Um dos fundamentos da religião (e que, por sua vez, justificam a proibição em relação à transfusão de sangue) está calcado na interpretação dos seguintes trechos bíblicos:

Tudo o que se rasteja e que vive vos servirá de alimento, bem como a erva que amadurece; eu vos dou tudo. Todavia não comereis carne com vida, isto é, o seu sangue (Gn 9:3,4).

Se um homem da casa de Israel ou dos migrantes que aí moram consumir sangue, voltar-me-ei contra o que tiver consumido o sangue, para cortá-lo do meio do seu povo (Lv 17: 10).

Com efeito, parece bem ao Espírito Santo e a nós não vos impor outro peso além do seguinte indispensável: que vos abstenhais das carnes sacrificadas aos ídolos, do sangue, da carne sufocada e da impureza. Dessas coisas fareis bem de vos guardar conscienciosamente (Atos 15:28, 29).

O povo completamente exausto se atirou sobre os despojos. Lançou mão das ovelhas, bois e bezerras, os degolou no chão e comeu em cima do sangue. Contaram a Saul: o povo, disseram, está pecando contra o Senhor, ao comer em cima do sangue (1Sm 14:32,33).

Decidem então, não utilizar o sangue alogênico, seja pela via oral, seja pela via venal, esta questão envolve princípios que como cristãos, fundamentam sua vida.

Em que pese haja essa interpretação e proibição, os crentes nesse dogma religioso deparam-se constantemente com conflitos relacionados à comunidade médica, no que tange a dar a assistência de que necessitam. As Testemunhas de Jeová aceitam a maioria dos tratamentos médicos e procedimentos cirúrgicos disponíveis. Nos casos nos quais não aceitam, buscam métodos alternativos. Por essas razões, dispõem de um Serviço de Informações sobre Hospitais e as Comissões de Ligação com Hospitais (COLIHs), sob direção do Corpo Governante das Testemunhas de Jeová, com o intuito de apoiar os pacientes e fornecer ao corpo clínico informações sobre métodos alternativos às transfusões sanguíneas, para que o paciente seja atendido de acordo com suas convicções, porém tendo um tratamento adequado. Essas organizações visam minimizar os conflitos entre comunidade médica e esta classe de pacientes (11).

Além disso, passaram também a utilizar um cartão com a seguinte observação escrita “Documento para Uso Médico”, que tem o intuito de alertar o profissional de saúde que não aceitam, em nenhuma circunstância, a utilização de transfusão de sangue, entretanto aceitam métodos alternativos. O cartão tem a assinatura do titular e de



testemunhas, geralmente parentes próximos. O cartão tornou-se um documento “legal”, conforme o entendimento dos doutrinadores da área jurídica e da saúde (8).

É válido destacar que as Testemunhas de Jeová assinam um termo de responsabilidade isentando médicos e hospitais da responsabilidade civil ao se ausentarem da utilização do sangue como tratamento (8). Afirmam que por mais que morram pela falta de tratamento com o sangue, confiam nas promessas divinas: “Deus não se esquece dos que lhe são fiéis e lhes restituirá a vida por meio da ressurreição. Para Essas pessoas, o mais importante, e que está acima de tudo, é o desejo de agradar a Deus” (Atos 24:15).

Esse termo de responsabilidade é questionável, não só pelo direito, mas, também, pela Bioética, tendo em vista que o paciente não está em condições de escolher ou deliberar sobre isso.

A reivindicação da autonomia do paciente na escolha de aceitar ou não alguns tratamentos, busca na bioética solução para essa problemática do paternalismo médico (11).

A bioética é a união do conhecimento biológico e valores humanos para se atingir uma nova sabedoria (12). É uma ética aplicada, com o intuito de utilizar corretamente tecnologias na área das ciências médicas e da solução adequada dos dilemas morais por elas apresentados (13).

Quando a discussão gira em torno da dignidade do indivíduo durante a sua vida, inclusive na situação de doença ou de morte, envolvendo a valorização das suas necessidades particulares e a diminuição do seu sofrimento, devem ser considerados princípios bioéticos. Cada pessoa deve ter suas necessidades atendidas reconhecendo-se as diferenças e as singularidades destas (14), (15).

A medicina ocidental tinha como postura sobre esse tema, principalmente quando envolve um caráter religioso, de se desconsiderar tais necessidades por admitirem que esses assuntos sejam sem importância ou por não fazerem parte do tema principal, a saúde (16). Todavia, artigos científicos evidenciam uma associação entre a religião e a saúde, mostrando um benefício na programação terapêutica quando explorada a espiritualidade (17).

No processo de tomada de decisão, o sistema de crenças de uma pessoa tem papel fundamental, pois o caráter religioso atinge a sua percepção e os princípios escolhidos



para a vida, o conjunto das alternativas disponíveis e a seleção da ação que irá ser realizada diante da situação problema. Os aspectos religiosos devem ser observados através de uma reflexão bioética, sempre preservando a impessoalidade e a imparcialidade da discussão (18).

Quando há conflitos entre a vida e a liberdade de crença, na tomada de decisão perante a escolha de tratamentos se levam em consideração a possibilidade de se perder a vida, estamos diante de um dilema. Nessa tomada de decisão não podemos esquecer de que a vida está intimamente ligada a outros princípios, tais como o da dignidade da pessoa humana, ou seja, excluir a importância das crenças nessa tomada de decisão pode até preservar a vida biológica, entretanto, pode levar o indivíduo a morte social.

A liberdade de crença é o direito de escolher a sua religião, não se resumindo apenas em o Estado não impor religião ou impedir alguma, mas também em permitir ou propiciar a quem seguir alguma religião, o cumprimento dos deveres que decorre desta religião, em sua razoabilidade, e, o Estado não impor ou garantir com as leis, o cumprimento desses deveres (19). Já a liberdade de culto é a exteriorização da prática religiosa, como por exemplo, os ritos, as manifestações, reuniões, cerimônias, hábitos religiosos seja em domicílio ou em público (8). A liberdade religiosa é um direito de primeira geração, sendo uma forma de manifestação do pensamento (20).

Entre um conflito que envolva o direito à vida e o direito à liberdade, quem deve escolher o que irá prevalecer é o próprio titular desses direitos, apesar de que manter a liberdade pode acarretar um grave risco de morte, e por mais paradoxal que seja para alguns preferir a morte à perda da liberdade, deve ser respeitada a escolha (21).

Reforçando essa ideia, em casos específicos de Testemunhas de Jeová, a jurisprudência internacional tem entendido que se deve respeitar a vontade do paciente, independente dos riscos dela decorrentes (19). Os riscos advindos da recusa devem ser explicados de forma clara para o total entendimento do paciente e a escolha deve caber a ele próprio, o princípio da autonomia deve ser respeitado juntamente com a sua escolha de crença e valores.

Se existirem situações que impeçam o indivíduo de praticar a religião, apesar de lhes concederem o direito de ter uma religião, nesse caso estará sendo violentado o direito à liberdade religiosa. (8). A religião que a pessoa determinou seguir e conduzir a sua vida deve ser respeitada em todos os momentos de sua existência, independente de local ou



situação. Pois se assim não ocorrer não estaria sendo acatado o direito à liberdade de crença, e sim, somente uma proteção aos locais de culto e suas liturgias (22).

Apesar disso, não existe uma conclusão genérica sobre tal problemática. Todos os casos devem ser analisados conforme as provas e circunstâncias de cada situação.

A dignidade humana é uma condição para a vida. Nesse sentido, a Carta Magna alude que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (23).

Um dos direitos fundamentais invioláveis é o direito à vida. A vida é considerada como um bem maior, de suma relevância, constitui-se em pré-requisito à existência dos demais direitos (23). Por isso é que ela constitui a fonte primária de todos os outros bens jurídicos (24).

A vida é um estado bem mais complexo do que meramente em sentido biológico, é algo dinâmico que se transforma constantemente. Integra-se de elementos materiais, físicos e psíquicos, e, imateriais, espirituais. Devido a esses elementos que a incorporam, envolvem em seu conceito outros direitos, como o direito à dignidade humana, direito à privacidade, direito à integridade físico-corporal, direito à integridade moral, entre outros (24).

A dignidade, por sua vez, é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, remete ao anseio pelo respeito para consigo. O direito à vida privada, à intimidade, à honra, à imagem, dentre outros, aparece como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana, e o Estado deve impetrar métodos para assegurar tal princípio (24).

Não basta ao Estado somente reconhecer formalmente todos estes princípios, principalmente o da dignidade humana; deve buscar a concretização e o pleito destes diariamente na vida, em todas as circunstâncias, de cada indivíduo (25). Segundo Sarlet (26), a contemplação dos direitos fundamentais, de forma geral, é a concretização das exigências necessárias do princípio da dignidade da pessoa humana, é o valor diretório para toda a ordem jurídica.

Sem respeitar o princípio da dignidade humana não há como se respeitar também o direito à vida, pois eles estão intimamente ligados. Para haver dignidade é necessário a vida. Um indivíduo sem sua dignidade, sem a possibilidade de necessidade prevalecer



suas crenças, sua honra e hombridade não conseguirá viver de forma íntegra, terá seu respeito para consigo mesmo manchado e não conseguirá contemplar a vida, ou seja, não podemos considerar isso viver, logo estará ferindo também o direito à vida.

A escolha das Testemunhas de Jeová por receber tratamento sem sangue está respaldada pelo direito à autonomia do paciente, pelo princípio da dignidade humana e pela liberdade de crença, porém existe um conflito de valores entre o paciente e o corpo médico, o qual tem o dever de socorrer e manter a vida do paciente, utilizando todas as ferramentas cabíveis para se conseguir tal feito. Esse dever está contemplado, a priori, pela Constituição Brasileira que contempla o direito à vida. Esse embate, em vários casos tem perspectivas diferentes, os quais serão detalhados a seguir.

A recusa de tratamento por transfusão sanguínea em Testemunhas de Jeová é uma questão polêmica em vários âmbitos. Estão inseridos nesta contextualização os profissionais de saúde com a sua responsabilidade de prestar o socorro e sua responsabilidade de salvar vidas; do outro lado está o paciente com seu direito à autonomia, à liberdade de crença e à sua dignidade.

Essa problemática gera conflitos entre beneficência e autonomia do paciente em relação à escolha do tratamento. Alguns profissionais da saúde não admitem a recusa da transfusão sanguínea, baseando-se na sua responsabilidade civil de promover o socorro e salvar vidas, dando prioridade ao direito à vida. Outra classe preconiza os métodos alternativos e só utiliza a transfusão sanguínea quando há risco iminente de vida, sempre levando em consideração o paradigma do risco e do benefício, porém, em certos casos, postergar o tratamento sanguíneo pode agravar o quadro do paciente, não havendo mais alternativas (8).

A palavra autonomia é derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo, lei), logo, refere-se à possibilidade de autogovernamentação, ou seja, gerir sobre os direitos de liberdade, escolhas individuais, privacidade, direito do indivíduo de tomar decisões alusivas à sua própria vida. Nesse mérito, questões que envolvam sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais envolvem o princípio da autonomia (27). Podemos dizer que a pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre para decidir entre as escolhas que são oferecidas, decidindo o que é melhor para si (28). Já o princípio da beneficência é a obrigatoriedade moral de agir em benefício de outrem, está baseado na obrigação de ajudar outras pessoas promovendo o bem (27).



É com base no princípio da beneficência que o corpo médico tem a obrigação de promover o melhor para o seu paciente. Quando se insiste na transfusão de sangue, mesmo quando o paciente se recusa aceitar o procedimento da transfusão, o profissional de saúde apenas está na busca de tentar proporcionar o melhor para seu paciente. Logo, nos casos de pacientes Testemunhas de Jeová ocorre o choque desses dois princípios, o da autonomia do paciente e a beneficência do médico.

Respeitar a autonomia do paciente é reconhecer que cabe ao indivíduo tomar decisões sobre o seu plano de vida, embasado em suas crenças e valores íntimos, mesmo quando for divergente daquelas que dominam a sociedade e das crenças dos profissionais de saúde, exceto quando possam gerar ameaça a outrem ou à coletividade. Deve-se lembrar de que a orientação e o esclarecimento devem ser dados pelo médico, porém o corpo, a dor, a doença e a vida são propriedades da pessoa, cabendo à mesma decidir segundo o princípio da autonomia (28).

O Código Penal dispõe no seu artigo 135 que comete crime de omissão quem “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública”, ainda, em seu parágrafo único, diz que “a pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte” (29).

A omissão de socorro é crime, entretanto, quando o médico opta por utilizar outras alternativas em relação à transfusão não significa que ele deixou de prestar assistência, não havendo assim negligência, imperícia ou imprudência, não haverá objeto para a responsabilidade civil. As Testemunhas de Jeová assinam um Termo de Isenção de Responsabilidade, pelo fato de se recusarem ao tratamento sanguíneo, logo, em tese não há responsabilidade do médico por falta ética ou omissiva, pois se deduz que o médico não tenha cometido a falta, levando em consideração a invocação do direito fundamental à liberdade (21).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 5º, II: “ninguém pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, segundo o Código Penal, artigo 146, comete o crime tipificado quem violar o direito prescrito no artigo 5º. Todavia, conforme está prescrita no parágrafo 3º inciso I do mesmo a “intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se



justificada por iminente perigo de vida”, por esse motivo entende-se que quando o paciente se recusa a realizar transfusão sanguínea, primeiramente, deve-se analisar o risco-benefício da transfusão, se está for de suma necessidade para manutenção da vida, então, caso positivo, deverá realizar o tratamento mesmo com a recusa do paciente. Entretanto, quando essa terapia for por motivo de conveniência, não deverá ser realizada prevalecendo aqui, a vontade do paciente (19).

O Código de Ética Médica no seu capítulo I nos diz que “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (30). O respeito à vida é um dos maiores princípios da ética médica, porém suas atitudes profissionais devem-se habituar às condições sociais vividas pelo paciente (31).

Todavia, em casos de ausência de algum representante, o médico age com a presunção do consentimento do paciente de lhe salvar a vida, já que sem o consentimento legal, estaria o médico impondo um tratamento e não permitindo a autonomia do paciente de dispor sobre o próprio corpo (31).

Mas somente haverá exclusão da ilicitude de uma intervenção médica sem o consentimento do paciente em situações de iminente perigo de vida, que seja imprescindível em razão de extrema urgência, que se constitua o único meio viável para salvar a vida do paciente. Existindo outro meio de tratamento deverá ser realizada opção eleita pelo enfermo, caso contrário estará o médico violando o direito do indivíduo de decidir o melhor para si. O Código de Ética Médica afirma o que foi citado acima nos artigos 46, “Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida”, e no artigo 57, “Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente” (30).

Porém, ainda existem alguns doutrinadores que acreditam que a interpretação literal destes artigos é absurda e incoerente, já que mesmo o paciente em iminente perigo de vida não perdeu o direito à liberdade. Afirmam que o dever do médico é de fonte legal e o direito do paciente de aceitar ou recusar um tratamento é expressão da sua liberdade (31).

De acordo com o artigo 3º inciso I e artigo 4º inciso I, do Código Civil de 2002, são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de dezesseis anos e relativamente incapazes a certos atos, ou à maneira de exercê-los, os



maiores de dezesseis anos e menores de dezoito anos. No artigo 1630 do Código Civil ainda rege que: “Os filhos estão sujeitos ao poder familiar, enquanto menores” (33).

No mesmo Código o artigo 1.634, V, reforça que: “Compete aos pais, quanto à pessoa dos filhos menores: representá-los, até aos dezesseis anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem parte, suprindo-lhes o consentimento” (33).

Portanto, cabe ao poder familiar representar o paciente menor de idade, e assim realizar o direito de autonomia e escolha no tratamento médico. Se os pais decidem pela recusa de transfusão de sangue em seu filho, ainda que se tenham indicações médicas, em razão de suas convicções religiosas, princípios e valores familiares, deve a sua vontade ser respeitada, pois estão exercendo o seu direito de autonomia e da liberdade religiosa.

A recusa dos pais Testemunhas de Jeová ao tratamento sanguíneo nos pacientes menores de idade é constante. Quando ocorre um desfavor do corpo médico a posição manifestada pelos pais, considerando tal decisão como abuso do poder familiar, o profissional visando à vida do menor deve recorrer ao Poder Judiciário para a autorização do tratamento (31).

A jurisprudência dos Estados Unidos para outorga de autorização nestes casos utiliza o conceito de que o tratamento médico é necessidade básica para se manter a vida. O Estado por sua vez tem o dever de garantir à criança necessidades básicas, sendo uma delas a saúde e tratamento médico, logo o juiz pode determinar que o menor seja tratado.

Em nosso país, a fim de integrar as diversas disposições legais e normativas, consideramos que atualmente, em caso de emergências aonde há recusa ao tratamento pelo representante legal, o médico deverá intervir oponente ao consentimento do representante recorrendo ao Judiciário para solucionar o conflito.

Porém devemos ressaltar ainda, que o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 15 nos diz: “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. Reforça ainda no seu artigo 16 incisos II e III, o direito da criança de opinião e expressão, e, crença e culto religioso. Assim sendo, o tratamento médico, sempre que possível deve ser ouvido na medida da sua maturidade (34).



Quando questionado sobre a sua decisão de recusa de tratamento com sangue nos filhos, as Testemunhas de Jeová solicitam a aplicação da “teoria do menor amadurecido”. O menor amadurecido é aquele dotado de capacidade de fazer decisões, independentes, que conseguem entender a natureza e as consequências do tratamento proposto, e podem exercer seus próprios direitos, inclusive aqueles relacionados à personalidade (35).

Porém deixar prevalecer a vontade dos pais Testemunhas de Jeová em situações onde a vida do paciente menor está em risco, não sendo este um menor amadurecido, pode ser considerado abuso do direito à liberdade de crença e religião, levando-se em conta que se trata da vida de um terceiro que ainda não tem a capacidade de aderir a um grupo religioso e ainda não definiu seus valores como ser humano. Até mesmo para menores ditos amadurecidos é questionável a amplitude da responsabilidade da decisão, a qual, apesar de terem grau de entendimento, muitas vezes não compreende a dimensão da situação.

Segundo o Estatuto do Idoso regido pela a Lei 10471 de outubro de 2003, no seu artigo 17, “Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”. Ou seja, o idoso em situações de consciência mental está apto a manifestar sua vontade após devidamente orientado pelo médico e tem o direito de exercer o princípio da autonomia do paciente (36).

Vale salientar que este artigo não especifica as condições clínicas do paciente, sendo assim, mesmo em estados graves o idoso no domínio de suas faculdades mentais pode optar pelo tratamento médico que receberá (35). Todavia, o parágrafo único deste mesmo artigo rege a conduta nos casos em que o idoso não está facultado de suas condições mentais:

Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: I – pelo curador, quando o idoso for interditado; II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público (36).

Nas condições de incapacidade mental do paciente idoso quem responderá pela autonomia do paciente será o curador ou familiar, em casos de faltarem às representações



citadas acima se admite a intervenção do médico assistente com o objetivo de se salvar a vida do paciente.

Com o advento do avanço científico e tecnológico na medicina e até mesmo da qualidade de vida das pessoas, se estendeu a perspectiva de vida dos indivíduos acarretando a cada dia um maior número de pacientes idosos internados em hospitais. Muitas vezes os pacientes não estão em condições mentais para fazer quaisquer opções passando para seu responsável legal. Como a autonomia do paciente se tornou uma conquista dos direitos civis, a nova relação médico-paciente levou a tornar certas condutas obrigatórias, como a obrigatoriedade do Consentimento Informativo livre e esclarecido de fácil compreensão escrito pelo corpo médico explicando minuciosamente o tratamento de escolha para a enfermidade (37).

Esta conduta está descrita na Lei de Transplantes de Órgãos e Tecidos 9434 de fevereiro de 1997 no seu artigo 10, com a redação dada pela Lei 10211 de março de 2001: “O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento” (38).

O sangue é um tecido líquido, logo, é necessário o consentimento assinado pelo responsável legal ou paciente facultado de suas condições mentais, este ato reforça também a autonomia do paciente que pode recusar-se a receber a transfusão de sangue (35). A recusa também está protegida pelo artigo 5º inciso II da Constituição Federal, “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, em resumo, cada indivíduo só não fará aquilo que a lei proíbe (23).

Um tratamento imposto pelo corpo médico, especificamente uma transfusão sanguínea, realizada sem autorização, mesmo que para benefício do paciente, o médico estará praticando crime de constrangimento ilegal (38).

Conclusão

O tratamento com sangue alogênico em Testemunhas de Jeová é uma problemática complexa que envolve diferentes paradigmas e uma colisão de preceitos fundamentais. De um lado está o direito imensurável à vida e, de outro, o direito de expressar sua liberdade religiosa e por meio desta ter o direito de recusar tratamento médico por suas



convicções de valores e princípios. Todos os dois princípios fundamentais estão igualmente amparados pela Constituição Federal Brasileira.

O tratamento tradicional para reposição de volume sanguíneo ou para corrigir o déficit de alguns componentes sanguíneos é a transfusão alogênica, a qual tem a melhor eficácia, entretanto, com a recusa das Testemunhas de Jeová houve a necessidade de se buscar métodos alternativos para suprir a necessidade de cura sem o uso de sangue. Todavia, apesar de todos os métodos alternativos já encontrados ainda não há substituto totalmente equivalente ao sangue, sendo a hemotransfusão algumas vezes, o único meio para se salvar a vida do paciente.

É essencial levarmos em consideração, sempre, o respeito pelas individualidades e necessidades do paciente. As Testemunhas de Jeová, por convicção religiosa, não aceitam esse tipo de tratamento. Assim, caso se realize a transfusão os valores e crenças seriam maculados, e, conseqüentemente, o princípio da dignidade da pessoa humana também.

Métodos alternativos devem, quando possível, ser utilizados e, em último caso, deve-se levantar a possibilidade de transfusão sanguínea. Antes de se tomar qualquer decisão sobre o tratamento de escolha, deve-se ter o consentimento do paciente, respeitando sua liberdade de crença e sem ferir a sua autonomia no que tange à escolha, pois a decisão final cabe ao paciente, tendo em vista que conforme seus princípios e valores ele decidirá sobre seu próprio corpo e sobre a sua vida. Deve-se enxergar o paciente como um todo e não somente como um ser biológico, pois para a existência de um indivíduo é necessário mais do que somente a vida propriamente dita, necessitamos de uma vida na qual a dignidade seja valorada.

Sobretudo, a vida é um bem inenarrável o qual deve ser preservado. Tal paradigma sustenta o dever do médico no que tange à responsabilidade de salvar vidas, porém, ao mesmo tempo ele deve respeitar o indivíduo como ser humano, especialmente no que diz respeito aos seus preceitos, aos valores atrelados à dignidade e principalmente seu direito de expressão, como demonstração de suas crenças e valores. O profissional deve, antes de qualquer tomada de decisão do paciente, explicar sobre a real situação da saúde do enfermo, os tratamentos e os riscos pela recusa do tratamento e, se permitido, deve entregar o consentimento livre esclarecido para a autorização do tratamento. Logo, o profissional deve respeitar e não impor sua realidade em relação à do paciente, mesmo



que não concorde ou não acredite em seus valores, a opção terapêutica preferida pelo médico não prevalece à vontade do paciente, visando à proteção a sua liberdade de crença e sua autonomia como paciente.

A própria legislação vem evoluindo para sagrar a autonomia e vontade do paciente como é o caso do Novo código Civil, a Lei de Transplantes de Órgãos e Tecidos, e o Estatuto do Idoso. Porém, quando se envolve pacientes em condições mais vulneráveis aumenta ainda mais a complexidade desse tema.

Ao paciente que não está no pleno exercício das suas faculdades mentais cabe à família ou ao responsável legal opinar sobre o seu tratamento, ninguém melhor para opinar sobre essa decisão do que um membro da família, considerando que um familiar conhece de modo mais profundo a realidade do paciente, entretanto este familiar deve opinar pelo melhor para o paciente segundo sua perspectiva de vida, e não sobrepor a sua vontade. Considerando esses aportes, vale salientar a importância de deixar registrada a manifestação de vontade no caso de um dia precisar de algum procedimento médico que demande transfusão, no que tange ao aceite ou não desse procedimento.

Quando envolve vida de menor de idade, a autonomia para a escolha do tratamento é outorgada para os pais. A manifestação será dos pais e não do indivíduo, já que este ainda não possui formação completa de seus valores e crenças. A religião muitas vezes ainda não é uma decisão concretizada em pacientes menores de idade e isso deve ser levado em consideração, pois o menor de idade não tem a real noção sobre a problemática e muito menos a consciência de que sua vida está em risco. Em que pese o Estatuto da Criança e do Adolescente diga que os menores têm direito de opinião e expressão, nos casos de transfusão é mais oportuno que essa decisão fique a cabo dos pais, até porque o menor não consegue mensurar os riscos de vida aos quais está exposto. Muitas vezes o corpo médico nesses casos faz intervenções para que ocorra a transfusão com o intuito de salvar a vida desse menor, prevalecendo aqui o direito à vida. Isso ocorre pelo fato da imaturidade do paciente e nesses casos alegam que os pais não podem impor a sua crença em cima de um terceiro, podendo ter a consequência de se perder a vida da criança.

O médico muitas vezes, se vê diante da quebra de seu juramento, o qual visa à vida do seu paciente, a beneficência da saúde deste. Fundamentam que a conduta escolhida visa afastar perigo iminente de vida do paciente, cujo sacrifício ou mal causado, no caso a



violação da liberdade de crença, é menor do que aquele que se pretende salvar. Ou seja, todo caso deve ser analisado o risco benefício, em casos de eminente perigo de vida a intervenção médica está justificada, quando a escolha feita pelo médico é o único meio de manutenção da vida do paciente. Respaldados pelo próprio Código de Ética Médica o qual rege que o médico deve utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente, e que, intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida, contemplando assim o direito à vida.

Como não existe direito absoluto, ou um direito fundamental maior que o outro, cada caso deve ser analisado pontualmente, nos casos nos quais o Judiciário é acionado para decidir ele deve realizar ponderação dos bens em questão e tentar resolver a colisão desses princípios por meio do sacrifício mínimo dos direitos em jogo.

Antes de impor uma transfusão ao paciente o corpo médico e o Judiciário devem analisar se vale a pena "passar por cima" da vontade do paciente e de seus princípios e valores, aniquilando a autonomia do paciente e a sua dignidade como ser humano. Deve-se levar em consideração, também, que além da vida que será protegida, temos o impacto emocional gerado a partir da violação da sua vida social/religiosa. Devem-se analisar as consequências de cada decisão e a importância do impacto na vida de cada indivíduo, eis o desafio: a morte biológica ou a morte social?

Referências

1. World Health Organization. 2006. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/pt/oms-em-africa/missao-e-funcoes-essenciais.html>>. [Acesso em: 25 out 2012].
2. Delduque, MC; Marque, SB. O Direito Social à saúde dever ser garantido por políticas públicas e decisões judiciais. In: Temas atuais de Direito Sanitário. Brasília: Fiocruz, 2009.
- 3 Mueller, P; Plevak, D; Rummans, T. Religious Involvement, Spirituality and Medicine: Implications for Clinical Practice. In: Mayo Clinic Proceedings. United States: 2001, p. 1225-1235.
5. Dahmani, S. Perioperative blood salvage during surgical correction of craniosynostosis in infants. In: British Journal of Anaesthesia. United States, 2000.



6. Begliomini, H; Begliomini, B. Técnicas hemoterápicas em cirurgia renal percutânea em paciente testemunha de Jeová. In: Rev. Col. Bras. Cir. Rio de Janeiro: 2005.
7. Junges, JR. Bioética, perspectivas e desafios. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1999, p. 322.
8. Lima de Sá, F. A liberdade religiosa e a transfusão de sangue nas testemunhas de Jeová. In: Themis. Fortaleza: 2000.
9. Imbelloni, LE; Beato, L; Ornellas, A; Borges, C. Manuseio de grave diminuição de hemoglobina em paciente jovem, testemunha de Jeová, submetido à proctocolectomia total: relato de caso. In: Revista Brasileira de Anestesiologia. Campinas, 2005.
10. Fitzgerald, RD; Martin, CM; Dietz, GE. Transfusing red blood cells stored in citrate phosphate dextrose adenine-1 for 28 days fails to improve tissue oxygenation in rats. In: Crit Care Med. United States, 1997.
11. Lourenço, K; Lapa, F A transfusão de sangue e as testemunhas de Jeová: conflito ou concorrência de direitos? Trabalho de Graduação (Graduação em Direito) – Universidade Univille, Santa Catarina, 2011.
12. Potter, R. Bioethics -Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
13. Clotet, J. Bioética uma aproximação. Porto alegre: EDIPUCRS, 2003.
14. Fortes, PA. Bioética, equidade e políticas públicas. Bioética – Uma perspectiva brasileira. In: Mundo da Saúde. São Paulo: 2002, p.143-147.
15. Garrafa, V; Porto, D. Bioética, poder e injustiça: Por uma ética de intervenção. Bioética - Uma perspectiva brasileira. In: Mundo da Saúde. São Paulo 2002, p. 6-15.
16. Sims, A. Psyche - Spirit as Well as Mind. In: British Journal of Psychiatry. United States, 1994.
17. Epperly, B. Prayer, process, and the future of medicine. In: Journal of Religion and Health. United States, 2000.
18. Goldim, JR. Bioética: origens e complexidade. In: Revista HCPA. Porto Alegre, 2006, p.86-92.
19. Muriel, C. Aspectos jurídicos das transfusões de sangue. In: Revista dos Tribunais. São Paulo, 1994, p.30-35.
20. Guerra F, WS. Processo Constitucional e Direitos Fundamentais. São Paulo: Celso Bastos Editor - Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 1999.
21. Ferreira, F. M. Questões Constitucionais e legais referentes a tratamento médico sem transfusão de sangue. Parecer. São Paulo: 1994.



22. Bastos, CR. Direito de recusa de pacientes, de seus familiares ou dependentes, às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas. In: Revista dos Tribunais. São Paulo, 2000.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. [Acesso em 1 de out 2012.]
24. Silva, JA. Curso de direito constitucional positivo. São Paulo: Malheiros, 2000.
25. Pinho, RC. Teoria Geral da Constituição e Direitos Fundamentais – Sinopses Jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2000.
26. Sarlet, IW. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.
27. Beauchamp, T; Childress, J. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.
28. Muñoz, D.; Fortes, PA. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa, S I. F.; Garrafa, V; Oselka, G. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
29. Brasil. Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. [Acesso em 28 out 2012.]
30. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20656:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-i-principios-fundamentais&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122>. [Acesso em 21 out 2012.]
31. Thibes, J. Transfusão de sangue em testemunhas de Jeová x responsabilidade médica. In: Revista de Direito. São Paulo, 2009.
32. Brasil. Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. [Acesso em 12 nov 2012.]
33. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. [Acesso em 15 nov 2012.]
34. Azevedo, Á. Autonomia do paciente e direito de escolha de tratamento médico sem transfusão de sangue. Parecer. São Paulo: Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, 2010.
35. Brasil. Lei no 10.741, de 1º de outubro DE 2003 – Estatuto do Idoso. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> . [Acesso em 15 nov 2012.]
36. Vilela, E. A autonomia do paciente em face do Estatuto do Idoso. In: Revista de Previdência Social. São Paulo, 2009.



37.Rocha, MI. Transplantes de órgãos entre vivos: as mazelas da nova lei. In: Revista dos Tribunais. São Paulo, 1977.

38 Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001 - Lei de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm>. [Acesso em 15 nov 2012.]

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em:27.7.2017

Como citar este artigo:

Gonçalves TC. Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):177-197.



Discricionariedade administrativa e eutanásia animal em unidade de vigilância de zoonoses: um estudo de caso

Administrative discretion and animal euthanasia in zoonoses surveillance units: a case study

Discricionariedad administrativa e eutanásia animal en unidades de vigilancia de zoonosis: un estudio de caso

Camila da Silva ¹

André Freccia ²

Mauro Maciel de Arruda ³

RESUMO: A discricionariedade do poder público para a prática da eutanásia em animais nas Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ`s) em prol da saúde pública é tema de muita discussão. Este artigo apresenta um estudo de caso sobre a prática de eutanásia ocorrido em uma Unidade de Vigilância de Zoonose na cidade de Belo Horizonte/MG, visando analisar a discricionariedade pública e o processo da eutanásia bem como as legislações que permeiam as UVZ`s para executar tal processo em cães errantes.

Palavras-chave: Zoonoses. Eutanásia. Direito a Saúde.

ABSTRACT: The discretion of the public authority for the practice of euthanasia in animals in the Zoonoses Surveillance Units (ZSU's) in favor of public health is the subject of much discussion. This article presents a case study on the practice of euthanasia that occurred in a Zoonoses Surveillance Unit in the city of Belo Horizonte/MG, aiming to analyze the public discretion and the process of euthanasia as well as the laws that permeate the ZSU's to execute such a process in stray dogs.

Keywords: Zoonoses. Euthanasia. Right to Health.

RESUMEN: La discrecionalidad del poder público para la práctica de la eutanasia en animales en las Unidades de Vigilancia de Zoonosis (UVZ`s) en pro de la salud pública es tema de mucha discusión. Este artículo presenta un estudio de caso sobre la práctica de eutanasia ocurrido en una Unidad de Vigilancia de Zoonosis en la ciudad de Belo Horizonte / MG, buscando analizar la discrecionalidad pública y el proceso de la eutanasia así como las legislaciones que permean a las UVZ`s para ejecutar tal proceso en perros errantes.

Palabras-llave: Zoonosis. Eutanasia. Derecho a la Salud.

¹Médica Veterinária. Criciúma – Santa Catarina. Brasil. E-mail: miillaa@gmail.com

²Mestre em Zootecnia. Professor do Curso de Medicina Veterinária, Agronomia e Pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão Aplicadas às Ciências Agroveterinárias (PACA). UNIBAVE. Orleans – Santa Catarina. Brasil. E-mail: andrefreccia@gmail.com

³Doutor em Medicina Tropical. Professor do Curso de Medicina Veterinária e Pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão Aplicadas às Ciências Agroveterinárias (PACA). UNIBAVE. Orleans – Santa Catarina. Brasil. E-mail: mauroarruda1@hotmail.com



Introdução

Compreende-se por discricionariedade do poder público, a vontade legítima de decisão, com base em uma avaliação sobre qual a melhor solução para o caso concreto, isto é, somente quando não há solução determinada. Essa vontade legítima não é exercida de forma liberal e sim pautada nas atribuições que a lei confere (1). Percebe-se que a discricionariedade é um poder, o qual se caracteriza da seguinte forma:

A discricionariedade é um modo de construção da norma jurídica, caracterizado pela atribuição ao aplicador do encargo de produzir solução por meio de ponderação quanto às circunstâncias. Ou seja, a discricionariedade significa que a lei atribui ao aplicador o dever-poder de realizar a escolha (2).

Evidencia-se nesse conceito uma certa margem de livre análise para o que for melhor conveniente e oportuno para cada solução legalmente admissível. Desta maneira, o poder discricionário deve ser efetuado de forma que atenda o interesse público, de acordo com a alçada que lhe foi dada.

Conclui-se, assim, que no poder discricionário a vontade de quem aplica a solução ao caso é legitimada pelo direito, que nesses casos não tem uma solução que determina o que fazer no caso específico, assim o aplicador da discricionariedade, aplica o que julga ser melhor para solucionar o “problema” (2).

A eutanásia é uma prática antiga, Francis Bacon, no ano de 1623, utiliza a expressão pela primeira vez em sua obra *História vitae et mortis*, nela o filósofo defendia que os médicos deveriam ter a habilidade de mitigar através das mãos os sofrimentos e agonia da morte (3).

O Dicionário Prático da Língua Portuguesa Michaelis define “eutanásia”:1. *sf Med.* Morte serena sem sofrimento. Em um estudo mais profundo da palavra, o autor Figueiredo discorre a etimologia do vocábulo como proveniente do grego EU (bom, boa) + THANAT[O] (morte) significando assim, *boa morte* (4).

A eutanásia não deve ser confundida com sacrifício, eles são diferentes:

Atualmente, entende-se como sacrifício de animais o processo de morte causado por métodos como câmara de gás, eletrochoque, disparo de armas e outros que infligam dor ou agonia ao morrer, e eutanásia – a morte em que o animal é submetido à sedação ou anestesia e posterior indução à morte



pela injeção de substância, como o cloreto de potássio, em dose letal. Pela etimologia, eutanásia significa boa morte; morte digna (5).

Esclarecido o significado de discricionariedade do poder público, a etimologia e conceito de eutanásia é relevante que seja exposto o papel da Unidade Vigilância de Zoonoses (antigamente denominados Centro de Controle de Zoonoses) que no passado devido a situação epidemiológica da raiva no ciclo urbano tinha suas ações voltadas para recolhimento, vacinação e eutanásia de cães visando o controle da raiva (6).

No Brasil, hoje, existem aproximadamente 277 Unidades de Vigilância de Zoonoses (6) que de acordo com a Portaria nº 1.138 do Ministério da Saúde (2014) tem função a prática de ações direcionadas para Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses e de Acidentes causados por Animais Peçonhentos. Tendo como exemplo a Leishmaniose canina, Leptospirose, Raiva, dentre outros (7).

No contexto dessa pesquisa, as atividades da Administração Pública são de essencial compreensão. Isso tendo em vista a questão da discricionariedade do poder público para a autorização da prática de eutanásia em animais abrigados em Unidades de Vigilância de Zoonoses. A questão central é verificar os limites da discricionariedade do poder público, neste caso, salvaguardando os direitos dos animais.

Fundamentação teórica

De acordo com IBGE no ano de 2013, estima-se que no Brasil havia cerca de 52,2 milhões de cães domiciliados e 22,1 milhões de gatos domiciliados, ou seja, animais que possuíam um tutor. No Mundo, ainda segundo o IBGE no mesmo referido ano havia 360,8 milhões de cães e 271,9 milhões de gatos, levando o Brasil a ser o 2º maior país em população média de cães e gatos.

O levantamento do número de animais errantes apresenta dificuldade metodológicas de aplicação, devido à dificuldade de avaliar e classificar a população canina e gatos (8) desta forma a Organização Mundial da Saúde estima que a população canina alcance um número de 10 a 20% da população humana (9), o Brasil sendo responsável por 30 milhões de cães e gatos errantes, do qual 10 milhões são gatos e 20 milhões são cães (10).



O crescimento dessa população de cães e gatos em consequência da posse irresponsável e da procriação descontrolada tem constituído um problema social no decorrer dos anos. Destacando o papel histórico dessa espécie no processo de transmissão de epizootias e zoonoses como, raiva, leptospirose, dentre outros. (11).

Sendo assim, o Brasil tem implantado e estruturado em vários municípios e regiões metropolitanas unidades com a responsabilidade de executar atividades de controle de zoonoses. No início da década de 70, as atividades dessas unidades foram intensificadas e ampliadas de forma gradativa, com a criação dos primeiros Centros de Controle de Zoonoses (CCZ) que eram voltados para o recolhimento, a vacinação e a eutanásia de cães visando controlar doenças relacionadas a saúde pública. (6).

No decorrer dos anos, a rotina dessas unidades ganhou novos programas relacionados a saúde pública, como entomologia (relativo a insetos), controle de roedores, de animais peçonhentos e de vetores (transmissores), ficando esse último a cargo das atividades de controle de endemias que eram realizadas principalmente pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). (6)

O Ministério da Saúde (MS), na década de 90, dispôs aplicações dos recursos em apoio aos municípios na criação e funcionamento de unidades de vigilância de zoonoses integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Localizadas sobretudo em regiões metropolitanas, capitais, municípios sedes de regionais de saúde, municípios fronteiros e municípios mais populosos, essas unidades foram denominadas de Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 758, de 26 de agosto de 2014.

A análise do mapa de distribuição das Unidades de Vigilância de Zoonoses – UVZ, por Unidade Federada, no ano de 2015 mostra 277 municípios brasileiros com UVZ. (Figura 1).

No ano de 2014 foram publicadas normas técnicas relativas às atividades e serviços públicos de saúde voltados para a vigilância de zoonoses, conforme Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014. Teve como objetivo intensificar e aprimorar as atividades dessas unidades de vigilância, prevenção e controles de zoonoses e também de acidentes causados por animais venenosos e peçonhentos, de importância para a saúde pública, executadas pelas Unidades de Vigilância de Zoonoses e pela área de vigilância dos municípios. (6).



Com advento da portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014, o Ministério da Saúde restringiu a ação de controle populacional por meio das Unidades de Vigilância de Zoonose apenas em situações que sejam caracterizados como riscos para a saúde pública.

Já em relação aos sadios, hostis e que não representem risco a saúde pública, seus proprietários devem ser orientados a buscar auxílio em estabelecimentos veterinários que tenham como objetivo o cuidado com animais. (6).

É pertinente às UVZ's o recolhimento de animais (vivos ou mortos) de risco para a saúde pública, isso, claro, de forma seletiva, tendo o cuidado de avaliar se realmente o animal está de acordo com a MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014, tratando –se de um “animal de relevância para a saúde pública”. O mesmo procedimento deve ser realizado com a recepção de animais (vivos e mortos) entregues pela população, sendo o médico veterinário e/ou responsável técnico quem fará a avaliação desses animais, usando de procedimentos (triagem) e documentações (atestados ou laudo médico veterinário) necessários para a seleção.

No caso de animais mortos relevantes para a saúde da população, o cadáver deverá ser encaminhado para necropsia, já os animais vivos depois de avaliados e se constatado risco imediato de transmissão de zoonose e relevante para a saúde pública, deverá ser recolhido para observação e coleta de amostras para verificação laboratorial ou submetido à eutanásia, isso, visando sempre a possível gravidade da doença, as normas técnicas para o controle de zoonoses e a legislação vigente. (6).

Conforme recomendações do Conselho Federal de Medicina Veterinária (12) e do Ministério da Saúde (6), o procedimento da eutanásia as UVZ devem seguir alguns critérios e/ou normas, como: possuir espaço adequado, materiais em quantidade necessária, profissionais capacitados, e realização de controle através de registros.

O método escolhido para a prática da eutanásia deverá considerar sempre a espécie animal, a idade, o estado fisiológico do animal e a quantidade de animais envolvidos no processo. O método ainda deverá reputar a segurança do executor, a segurança e confiança da execução. A morte do animal deverá ser comprovada sempre, por meio de declaração de óbito redigida pelo médico veterinário responsável (12).

Ainda se tratando da resolução 1000/12 do Conselho Federal de Medicina Veterinária, que dispõe sobre os procedimentos e métodos de eutanásia em animais e da



outras providências, alguns procedimentos são elencados e que merecem atenção: a prática ou a supervisão desde procedimento deverá ser realizado exclusivamente pelo profissional médico veterinário, assim também como a compra de drogas e seu armazenamento, seguindo os preceitos da legislação municipal, estadual e federal; a prática da eutanásia se mal empregada está submetida à legislação federal de crimes ambientais.

A Lei 9605/98 que dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências, em seu artigo 32º, caracteriza crime, sob pena de detenção, de três meses a um ano e multa, atos de abuso, maus-tratos, ferir ou mutilar animais silvestres, domésticos ou domesticados, nativos ou exóticos. (13).

Diante disso, para que a prática da eutanásia não seja classificada como crime, deverá seguir algumas normas pré-estabelecidas pela legislação brasileira com a finalidade de normatizar o processo de eutanásia em unidades de vigilância de zoonoses, ou lugares, tal como as universidades que usam animais para experimento.

O Conselho Federal de Medicina Veterinária na resolução nº 1.000, de 11 de maio de 2012, discursa a respeito de quem pode efetuar a eutanásia animal, em que circunstâncias esse procedimento pode ser realizado e quais espécies envolvidas no processo. O bem-estar do animal deve ser sempre considerado, para que o mesmo não sofra, não sinta dor, ou caso sinta que seja a mínima possível. O artigo 3º da citada resolução elenca que o processo da eutanásia poderá ser realizado quando:

- I - o bem-estar do animal estiver comprometido de forma irreversível, sendo um meio de eliminar a dor ou o sofrimento dos animais, os quais não podem ser controlados por meio de analgésicos, de sedativos ou de outros tratamentos;
- II - o animal constituir ameaça à saúde pública;
- III - o animal constituir risco à fauna nativa ou ao meio ambiente;
- IV - o animal for objeto de atividades científicas, devidamente aprovadas por uma Comissão de Ética para o Uso de Animais – CEUA;
- V - o tratamento representar custos incompatíveis com a atividade produtiva a que o animal se destina ou com os recursos financeiros do proprietário. (14).



Veamos na figura 2, disposta na resolução 1000/12 do CFMV, os métodos legais aplicáveis e aceitos sob restrições para eutanásia de acordo com a espécie e a quantidade. Para corroborar com o presente objetivo do trabalho, apenas será exposto a parte da que está relacionada a cães e gatos.

O guia brasileiro de boas práticas para eutanásia em animais (15) discorre sobre os métodos legais aplicáveis da eutanásia, e esses estão divididos em Métodos Químicos, que englobam procedimento feitos com agentes injetáveis (sendo este o método de escolha), tendo como a principal via de aplicação a intravenosa, pois possui efeito rápido e eficaz, outros meios também podem ser citados como o uso de barbitúricos, agentes injetáveis, agentes complementares, bloqueadores neuromusculares, temos ainda o método por anestesia inalatória.

Além do mais existem outros meios como os Métodos Físicos, que incluem método mecânico como eletrocussão (podendo ser utilizado em pequenos animais), pistola de ar comprimido, deslocamento cervical, exsanguinação, dentre outros, que não são utilizados para pequenos animais e sim geralmente voltados para animais de produção. (12).

Dos métodos acima elencado vejamos o que discorre no artigo 14º da resolução 1000/12:

[...]§ 1º Para os fins desta Resolução, métodos *aceitáveis* são aqueles que, cientificamente, produzem uma morte humanitária, quando usados como métodos exclusivos de eutanásia. § 2º Para os fins desta Resolução, *métodos aceitos sob restrição* são aqueles que, por sua natureza técnica, ou por possuírem um maior potencial de erro por parte do executor, ou por apresentarem problemas de segurança, ou por qualquer motivo não produzam uma morte humanitária. Tais métodos devem ser empregados somente diante da total impossibilidade do uso dos métodos aceitáveis, constantes do Anexo I desta Resolução. (12).

Sob o viés da resolução 1000/12, no artigo 15º parágrafo único, que discursa sobre os métodos não aceitos para a realização da eutanásia podem ser elencado como a embolia gasosa, traumatismo, incineração *in vivo*, dentre outros, sendo a realização dos métodos discorridos neste artigo considerados infração ética, e os casos omissos devem ser tratados como predito no artigo 14º. De acordo com o artigo 16º da resolução o médico veterinário está sujeito responder por processo ético profissional, caso não observe as regras e princípios determinados na resolução 1000/12. (12).



Procedimentos Metodológicos

A escolha do tema abordado, deu-se pela relevância do assunto quanto as políticas de saúde pública e bem-estar animal, tendo em vista que a Ação Civil Pública⁴, objeto deste estudo de caso, abordou situação legal vivida pelo município de Belo Horizonte, qual, se utilizava de suposta prerrogativa conferida por lei, para praticar atos em discordância com a legislação nacional e tratados internacionais.

O tipo de pesquisa abordada será um estudo de caso, que tem como abordagem um objeto, que em regra procura entender o porquê de se investigar determinado caso (16), tendo como método de pesquisa utilizado o dedutivo, utilizando teorias, doutrinas e leis num geral, afim de explicar um feito particular aqui sendo a ação civil pública (17), realizado através de pesquisa qualitativa, ou seja, via escolha direta de um caso real, tendo como fundamento a pesquisa realizada sobre este caso sendo elaborada através de material bibliográfico, artigos, revistas, com a finalidade de compreender, interpretar e desvendar observando a realidade concreta do estudo de caso proposto (18).

Resultados e Discussão

Trata-se de Ação Civil Pública ofertada pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais, em face do Município de Belo Horizonte, no ano de 2003, visando proibição da municipalidade, em continuar a realização de eutanásia de “animais vadios”, pelo método e utilização de câmaras de gás, substituindo esse método, por outro que não provoque “dor, angustia ou sofrimento” (6).

Em decisão de primeiro grau, a ação foi parcialmente procedente, sendo que em sua sentença, o juiz singular entendeu que o município de Belo Horizonte poderia continuar a utilizar do método de câmara de gás, desde que os animais ali postos, estivessem previamente sedados. (6).

Ato contínuo, irresignado com a decisão de primeiro grau, o Ministério Público do Estado de Minas Gerais interpôs Recurso de Apelação (segundo grau), atacando a

⁴Instrumento processual adequado conferido ao Ministério Público para o exercício do controle popular sobre os atos dos poderes públicos, exigindo tanto a reparação do dano causado ao patrimônio público por ato de improbidade, quanto a aplicação das sanções do artigo 37, § 4º, da Constituição Federal, previstas ao agente público, em decorrência de sua conduta irregular (19).

Os legitimados para pleitear a ação civil pública são: o Ministério Público; as pessoas jurídicas de direito público interno (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), bem como suas entidades paraestatais, porque tanto estas como aquelas podem infringir normas de direito material de proteção aos bens tutelados nesta ação, expondo-se ao controle judicial de suas condutas. (20).



sentença de primeiro grau, ratificando seus pedidos iniciais, não concordando com a utilização de câmara de gás, haja vista entender ser um método cruel e desumano, citando ainda, que existem outros métodos igualmente letais, que não provocam, “*dor, angústia ou sofrimento*” ao animal (6).

Na literatura médica veterinária, o uso de câmaras de gás são aceitos sob restrição, visto que o uso inadequado da câmara de gás, especialmente no que tange a concentração de CO₂, quando em baixa concentração não serve para o fim que se destina trazendo dor e angústia ao animal, e quando em altas concentrações além de também provocar angústia e sofrimento no animal torna-se potencialmente nociva à saúde humana (executor), como nos mostra as Diretrizes da Prática de Eutanásia do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – CONCEA:

Apesar de o CO₂ apresentar efeito analgésico e anestésico geral em altas concentrações, não é um método humanitário para nenhuma espécie. Concentrações a partir de 40-50% são desagradáveis para os seres humanos, pois levam à formação de ácido carbônico nas mucosas e acima de 50% são nocivas. Tal fenômeno também ocorre nos animais. Em contrapartida, o tempo até a inconsciência é inversamente proporcional à concentração utilizada. Diversos efeitos adversos são observados em cães, como dispneia, ataxia, espasmos musculares, micção, salivação, defecação, contrações tônicas e convulsões, o que torna este método inaceitável nesta espécie. (21).

Após as contrarrazões do município de Belo Horizonte, foi dado provimento ao recurso do Ministério Público, sendo vencido o Desembargador Relator (4 votos x 1 voto), modificando a respeitosa sentença de primeiro grau, decretando ao ente público, o dever de usar outro método para eutanasiar cães e gatos, tal como, a injeção letal ou outro método que não cause dor ou sofrimento ao animal no momento da morte. (6).

Não concordando com a decisão de segundo grau, o Município de Belo Horizonte, entendendo que houve violação ao princípio da proibição da *reformatio in pejus*⁵ dos julgados, interpôs Recurso Especial (terceiro grau) ao Superior Tribunal de Justiça. (6).

Após os debates processuais, a Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade negou provimento ao recurso da Municipalidade, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator, sob o viés de que não houve violação ao princípio da proibição da

⁵ Piora tanto quantitativa ou qualitativa na situação do Recorrente, ante a decisão recorrida e a nova decisão prolatada pelo órgão julgador, sendo esta situação vedada em nosso ordenamento jurídico. (22).



reformatio in pejus, haja vista a decisão de segundo grau, atender aos princípios do bem-estar animal, bem como atender aos enunciados de leis federais e tratados internacionais, os quais, o Brasil é signatário. (6).

Razão pela qual, a adoção de método letal, divergente da câmara de gás, mas que não provoque “*dor, angústia ou sofrimento*” ao animal, não pode ser considerado como reforma prejudicial da decisão de segundo grau, eis que é considerado um avanço, não situação prejudicial ao julgado (6).

No presente caso, a administração pública (prefeitura de Belo Horizonte) tratava os animais abandonados ou que não são reclamados nas unidades de vigilância em zoonoses (na época ainda centros de controle de zoonose) ou até mesmo os que são entregues de forma voluntária como “*coisas abandonadas*”, e simplesmente por este fato poderiam dar-lhes o destino que achassem mais cabível.

A insistência da prefeitura de Belo Horizonte/MG em realizar a eutanásia desses animais com gás asfixiante, alegando ter legitimidade para o fazer do modo que bem pretendesse, já que “não existia lei e/ou algo específico para determinado caso, e que por isso poderia fazer o que bem entendesse com essas “*coisas abandonadas*”, é equívoco e arbitrário, pois dentro do nosso país, existem leis e resoluções que preservam o bem-estar do animal como nossa constituição federal, decreto universal dos direitos dos animais em seu artigo 3º e a lei 9.605/98, dentre outros. (6).

A utilização de câmara de gás atualmente é aceito sob restrição conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina Veterinária 1000/12, visto que o procedimento de eutanásia, deve ocorrer de acordo com leis e resoluções já descritas, devendo ser utilizado métodos para que se evite possíveis traumas decorrentes da fase de excitação. Vale ressaltar que o uso de câmara de gás, apesar de apresentar vantagens como baixo custo, fácil aquisição, somente deve ser utilizado em casos restritos ou que não possuam outro meio legal e aceitável para assim fazê-lo, pois é uma forma de eutanásia que muitas vezes leva um tempo maior para ação do agente, em comparação com outros métodos, o que pode provocar angústia ao animal. (12).

Diante os fatos exposto acima, a prefeitura estava abusando de seu poder, deixando de lado a “*boa morte*” desses animais, além de que, essas eutanásias não poderem ser justificadas sendo em “*prol a saúde pública*”, pois estes animais estavam sofrendo este processo de “eutanásia” simplesmente por ter uma superpopulação de cães e gatos



abandonados na cidade de Belo Horizonte, onde não necessariamente estes animais teriam algum tipo de enfermidade que pudesse atingir a população, ou causar danos à saúde pública. (6).

Ressalta-se aqui que esse processo teve seu transito em julgado no ano de 2009, assim até chegar aos tribunais a prática da eutanásia utilizada ou pretendida era mais antiga, mesmo assim não podendo ser justificada por tal ato arbitrário, visto que os métodos legais para se fazer a eutanásia sempre estiveram presentes na legislação, mesmo quando esta ainda não tinha sido revogada para a resolução atual 1000/12, (anteriormente na resolução 714/02 CFMV que nem se quer aceitava eutanásia por CO₂ para cães e gatos).(12).

Portanto serve de exemplo de ganho de qualidade nos procedimentos de execução das eutanásias pelos órgãos oficiais, já que atualmente a realização indiscriminada e sem justo motivo da eutanásia não podem mais serem utilizadas, bem como a utilização de câmaras de gás para cães e gatos deverem ser utilizados somente em casos que não há outro meio aceitável, adequado para realizar tal procedimento, e serão passíveis de processos administrativos e judiciais quem infringir este procedimento, pois já existem leis ou normas que garantem o direito dos animais de terem uma boa morte. (12).

Diante o exposto, fica evidente que o poder administrativo não pode abusar do seu poder discricionário para efetuar algo que seja somente em benefício próprio, e que cause danos a terceiros, que neste caso, de acordo com a decisão judicial nº2009/0005385-2, STJ/MG os “terceiros” seriam os animais errantes daquela região. (12).

Considerações Finais

No presente caso o Superior Tribunal de Justiça - STJ entendeu que o município de Belo Horizonte/MG abusou do poder que a lei lhe confere, eutanasiando de forma indiscriminada e sem justo motivo animais abandonados e/ou de rua, afirmando que o controle populacional desses animais era medida de saúde pública, principalmente por se utilizar método menos aceitável ao realizar a eutanásia (câmara de gás), visto que tanto nas leis brasileiras quanto em tratados internacionais, a outros métodos iguais ou mais letais que “*não provoque dor, angústia ou sofrimento ao animal*”, servindo este trabalho em conjunto com a decisão do STJ como fundamentação balizadora de novos estudos da



matéria ou servindo de norte para o agente público na hora de tomar decisões quando a matéria se tratar de eutanásia animal em Unidades de Vigilância de Zoonoses – UVZ.

Referências

1. Medauar O. Direito administrativo moderno. 10.ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 2006.
2. Justen Filho M. Curso de direito administrativo. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva. 2006. p. 159-163.
3. Campos P.B, Medeiros, G.L. A Eutanásia e o Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana. Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania. São Roque, v.2, n 1, 2011. Disponível em:
http://www.facsaroque.br/novo/publicacoes/pdfs/patricia_drt_20111.pdf [Acesso em 20.jul. 2016].
4. Figueiredo C. Geriatria clínica dos caninos e felinos. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A. 2005. p. 77-79.
- 5 Bacelar S. Balão de oxigênio e eutanásia. Revista Paranaense de Medicina. Belém, v.20, n 4, p.59-60, dez. 2006. Disponível em:
http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400016. [Acesso em 15.jul. 2016].
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais. 1 ed. versão eletrônica. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/08/manual-zoonoses-normas-2v-7julho16-site.pdf>. [Acesso em 28.jul. 2016].
7. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Disponível em:
<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/doencas-agrivos>. [Acesso em 25 nov.2016].
8. Alves MCGP, Matos MR, Reichmann MDL, Dominguez MH. Dimensionamento da população de cães e gatos do interior do Estado de São Paulo. 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt. [Acesso em: 25.nov. 2016].
9. Reis VGL, Rocha SM, Silva GCP. 2007.Manual de Controle da Raiva Animal e Noções de Posse Responsável para Cães e Gatos. Disponível em:



[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/50/manual-raiva-\[50-151009-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/50/manual-raiva-[50-151009-SES-MT].pdf). [Acesso em 25.nov. 2016].

10. Farinha A. Digitais PUC - Campinas. 2014. Disponível em: <https://digitaispuccampinas.wordpress.com/2014/02/27/cresce-para-30-milhoes-o-numero-de-animais-abandonados-no-brasil/>. [Acesso em 26.nov. 2016].

11. Barroso JEM, Lima EE. Centro de Controle de Zoonoses e sua Importância para a Saúde Pública do Município de Catalão, GO. 2012. Disponível em: <http://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/view/1175/889>. [Acesso em 25.nov. 2016].

12. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução nº 1000, de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre procedimentos e métodos de eutanásia em animais e da outras providencias. Disponível em: <http://portal.cfmv.gov.br/portal/lei/index/id/326>. [Acesso em 03.ago.2016].

13. Brasil. Lei 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9605.htm. [Acesso em: 30. jul. 2016].

14. Brasil. Resolução nº 1000, de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre procedimentos e métodos de eutanásia em animais e da outras providencias. Disponível em: <http://portal.cfmv.gov.br/portal/lei/index/id/326>. [Acesso em 03.ago.2016].

15. Brasil. Guia Brasileiro de Boas Práticas em Eutanásia em Animais - Conceitos e Procedimentos Recomendados. Brasília, v.1. 2012. Disponível em: http://www.cfmv.gov.br/portal/_doc/guiabbbp_eutan%C3%A1sia_animal.pdf. [Acesso em: 13. ago 2016]

16. Ventura MM. O Estudo de Caso Como Modalidade de Pesquisa. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf. [Acesso em 26.nov. 2016].

17. Diniz CR, Silva IB. Tipos de Métodos e Sua Aplicação. 2008 Disponível em: http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geografia/metodologia_cientifica/Met_Cie_A04_M_WEB_310708.pdf. [Acesso em: 26.nov. 2016].

18. Goode W, Hatt P. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica. Porto Alegre, v.22, n.3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300013. [Acesso em: 26.nov. 2016].

19. Moraes A. Direito Constitucional Administrativo. 23 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

20. Costa KC. Ação Popular e Ação Civil Pública. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 90, jul 2011. Disponível em: <http://www.ambito->



juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9888&revista_caderno=9.
Acesso em 02 dez. 2016.

21. Brasil. Conselho Nacional De Controle De Experimentação Animal- CONCEA; Ministério Da Ciência, Tecnologia e Inovação– CONCEA. Diretrizes Da Prática De Eutanásia Do Concea, 2013. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/reitoria/ceua/images/Diretrizes%20Eutanasia%20CONCEA.pdf>
[Acesso em 26.nov. 2016].

22. Santos MFSN. Reformatio in pejus. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Tuiuti do Paraná – UTP – Curitiba, Paraná, 2014. Disponível em:
<http://tcconline.utp.br/media/tcc/2015/05/REFORMATIO-IN-PEJUS.pdf>. [Acesso em 01. dez. 2016.]

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em: 17.6.2017

Como citar este artigo:

Silva C, Freccia A, Arruda MM. Discricionariedade administrativa e eutanásia animal em unidade de vigilância de zoonoses: um estudo de caso. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):198-211.



Indenizações que envolvem o parto à luz do entendimento do Superior Tribunal de Justiça - STJ

Indemnities involving childbirth birth of the Superior Tribunal de Justiça-STJ's understanding

Indemnizaciones que implican el parto a la luz del entendimiento del Superior Tribunal de Justiça-STJ

Thaísa Mara Leal Cintra Rodrigues¹
Altacilio Aparecido Nunes²

RESUMO: Introdução - O Ministério da Saúde tem apostado na mudança da cultura do parto, a fim de estabelecer diretrizes baseadas na assistência humanizada. Os médicos obstetras têm papel relevante nesse processo, pois participam de maneira ativa na aplicação do conhecimento e das melhores técnicas para realização de um parto seguro. **Métodos** - O trabalho analisou o discurso dos julgadores do Superior Tribunal de Justiça (STJ), nas ações indenizatórias envolvendo partos, mediante o estudo do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual reflete opiniões e posicionamentos relacionados à área médica obstétrica. **Resultados** - O discurso dos julgadores do STJ ressaltou a responsabilidade objetiva dos hospitais, sejam públicos ou privados, ao passo que aos médicos foi atribuída a responsabilidade subjetiva, devendo ser comprovada a culpa do profissional. As provas periciais produzidas foram essenciais para o desfecho da ação. As ações improcedentes sustentaram que a obrigação de meio excluiu a responsabilidade, desde que realizados todos os procedimentos necessários e adequados. A União foi considerada parte ilegítima para responder pelos danos relacionados ao Sistema Único de Saúde. **Discussão** - Os discursos sugerem discussões acerca da mudança gradativa entre os envolvidos no processo gestacional e puerperal, inclusive aos operadores do direito, aplicadores da lei ao caso concreto, assim como aos profissionais da saúde obstétrica no exercício da profissão. **Conclusão** - Os casos analisados debateram sobre os riscos da prática médica obstétrica, o que pode ser objeto de reflexão, a fim de reduzir custos provenientes das altas indenizações, bem como incentivar a humanização, a qualidade e excelência na assistência ao parto.

Palavras-chave: Decisões Judiciais. Obstetrícia. Parto Normal. Cesária.

ABSTRACT: Introduction - The Ministry of Health has focused on changing the birth culture in order to establish guidelines based on humanized care. Obstetric physicians play an important role in this process, as they actively participate in the application of knowledge and the best techniques to perform a safe delivery. **Methods** - This study analyzed the discourse of the Supreme Court of Justice (STJ) judges, in the indemnity actions involving

¹ Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo – FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Especialista em Direito e Processo do Trabalho e Gestão Jurídica de Empresa pela UNESP – Universidade Paulista Julio Mesquita. E-mail: thaisalealcintra@gmail.com

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. E-mail: altacilio@fmrp.usp.br



deliveries, through the study of the Collective Subject Discourse (DSC), which reflects opinions and positions related to the obstetric medical area. **Results** - The STJ judges' speech emphasized the objective responsibility of hospitals, whether public or private, while physicians were assigned a subjective responsibility, and the professional's fault must be proven. The expert evidence produced was essential for the outcome of the action. The unfounded actions maintained that the obligation of means excluded liability, provided that all necessary and adequate procedures were carried out. **Discussion** - The speeches suggest discussions about the gradual change between those involved in the gestational and puerperal process, including the legal operators, law enforcers in the concrete case, as well as the And to obstetric health professionals in the practice of the profession. **Conclusion** - The cases analyzed discussed the risks of obstetric medical practice, which can be the object of reflection, in order to reduce costs from high indemnities, as well as to encourage humanization, quality and excellence in childbirth care.

Keywords: Judicial Decisions. Obstetrics. Natural Childbirth. Cesarean Section

RESUMEN: Introducción - El Ministerio de Salud ha apostado por el cambio de la cultura del parto, a fin de establecer directrices basadas en la asistencia humanizada. Los médicos obstetras tienen un papel relevante en este proceso, pues participan de manera activa en la aplicación del conocimiento y de las mejores técnicas para la realización de un parto seguro. **Métodos** - El trabajo analizó el discurso de los juzgadores del Superior Tribunal de Justicia (STJ), en las acciones indemnizadoras involucrando partos, mediante el estudio del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), el cual refleja opiniones y posicionamientos relacionados al área médica obstétrica. **Resultados** - El discurso de los jueces del STJ resaltó la responsabilidad objetiva de los hospitales, ya sean públicos o privados, mientras que a los médicos se les atribuyó la responsabilidad subjetiva, debiendo comprobarse la culpa del profesional. Las pruebas periciales producidas fueron esenciales para el desenlace de la acción. Las acciones improcedentes sostuvieron que la obligación de medio excluyó la responsabilidad, siempre que se efectuaran todos los procedimientos necesarios y adecuados. **Discusión** - Los discursos sugieren discusiones acerca del cambio gradual entre los involucrados en el proceso gestacional y puerperal, incluso a los operadores del derecho, aplicadores de la ley al caso concreto, así como a los profesionales de la salud obstétrica en el ejercicio de la profesión. **Conclusión** - Los casos analizados debatieron sobre los riesgos de la práctica médica obstétrica, lo que puede ser objeto de reflexión, a fin de reducir costos provenientes de las altas indemnizaciones, así como incentivar la humanización, la calidad y excelencia en la asistencia al parto.

Palabras-clave: Decisiones Judiciales. Obstetricia. Cesaria

Introdução

O Brasil possui uma das maiores taxas de cesarianas do mundo. Segundo os dados do Datasus, a última pesquisa revelou que em 2013 foram realizados 621.216 partos naturais e 792.490 cesarianas (1). As recomendações da Organização Mundial da Saúde são para que apenas de 10% a 15% dos partos sejam realizados por meio deste procedimento cirúrgico (2). Alguns fatores contribuíram para este resultado, tais como a



evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, os riscos reduzidos de complicações pós-operatórias imediatas, a prática obstétrica defensiva, as características do sistema de saúde e consequente remuneração, além da própria demanda das pacientes (3).

Em que pese o resultado demonstrar um notável progresso na assistência obstétrica, uma vez que várias razões médicas são aceitáveis, tendo em vista o melhor prognóstico materno e perinatal, existem argumentos contra a realização excessiva da cesariana. Alguns dados apontam que, aproximadamente, 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas a cada ano na América Latina (4). Estudos afirmam que a cesárea deveria ser evitada, uma vez que aumenta os riscos reprodutivos, sem prejuízo do desenvolvimento local, da capacitação do sistema de saúde, do tipo de paciente assistida e do nível de complexidade hospitalar. O procedimento é associado a alguns eventos adversos, tais como, maior necessidade de antibióticos após o parto; maior morbidade e mortalidade materna; aproximadamente, quatro a cinco vezes maiores que o parto natural; prematuridade; permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) e morte neonatal. Por isso, a decisão tomada para realização de uma cesariana deve ser criteriosa e discutida com a paciente (2) (3) (5) (6).

Dessa forma, muito tem se discutido acerca do parto humanizado como um conjunto de propostas de mudança nas práticas obstétricas, a fim de levar aos serviços relacionados ao parto, conceitos novos e desafiadores e às vezes conflitantes, pois busca-se maior humanização na assistência à parturiente e à criança que está sendo gerada. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos estão sendo recriadas e utilizadas como instrumentos para a mudança de cultura do parto (7).

Existem várias práticas realizadas pelos médicos obstetras necessárias desde o pré-natal até o primeiro período do trabalho de parto. Não há evidências contra ou a favor do parto domiciliar ou em hospitais, porém estudos sugerem uma menor frequência de intervenções médicas no parto domiciliar. Destaca-se que no hospital, o parto na sala de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) do centro obstétrico, associa-se também a menores intervenções médicas e maior satisfação materna (7) (8).

Uma revisão da literatura foi realizada na busca das melhores evidências disponíveis sobre a assistência ao primeiro período do trabalho de parto de forma mais humanizada. Foi abordado desde o local da assistência, a importância da definição do risco da gestante, até a posição da paciente e algumas intervenções, tais como, jejum, realização de enema,



punção venosa e infusão de líquidos, tricotomia, deambulação, utilização do partograma, monitorização da frequência cardíaca fetal, manejo ativo do trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce, o alívio da dor por métodos não farmacológicos, a analgesia de parto peridural e combinada, além do suporte contínuo intraparto (8). Neste estudo, constatou-se que procedimentos como jejum, tricotomia e enteroclise devem ser evitados, uma vez que não há evidências para sua utilização. Parturientes devem ser encorajadas a deambular ou adotar a posição que preferirem durante o primeiro período do parto. Imersão em água e suporte contínuo intraparto reduz efetivamente a dor no momento do parto. Hipnose e acupuntura são métodos não farmacológicos para alívio da dor que levam à redução significativa da necessidade de analgesia. A pesquisa ainda revelou que o uso do partograma em países de baixa renda se associa à redução das taxas de cesariana, assim como o manejo ativo do trabalho de parto com amniotomia e ocitocina não deve ser recomendado de rotina (8).

Todavia, todas as decisões sobre assistência ao primeiro período de parto devem ser discutidas previamente com as parturientes, sobretudo em situações em que não existem evidências suficientes para sua recomendação (9).

Destarte, uma recente revisão sistemática demonstrou que a cesariana planejada em comparação com o parto vaginal, reduziu a morte perinatal ou neonatal, bem como a morbidade neonatal grave, contudo revelou o aumento da morbidade materna (10) (11).

Outra pesquisa analisou a morbidade neonatal e materna e a mortalidade neonatal de acordo com o tipo de parto, cesariana ou vaginal. Foram estudadas prospectivamente 170 parturientes sem complicações gestacionais e com nascimento a termo: Grupo 1 (n = 95), puérpera com parto por via vaginal, Grupo 2 (n = 75), puérpera submetida à cesariana. Foi observada maior incidência de partos por via vaginal nas pacientes que estudaram até o ensino fundamental incompleto. Observou a preferência de 78 (82,1%) das mulheres do Grupo 1 pelo parto vaginal contra apenas 28 (37,3%) das mulheres do Grupo 2, pela cesariana. Houve dor intensa no pós-operatório nas pacientes submetidas a parto cesáreo (oito casos). Traumas obstétricos foram verificados em catorze recém-nascidos do Grupo 1 e em sete do Grupo 2. Foi concluído que existe maior morbidade neonatal em recém-natos de parto por via vaginal quando comparada com neonatos de cesariana, bem como, maior morbidade materna em puérperas submetidas à cesariana (12).



Um estudo comparou resultados com base nos dois anos após cesariana planejada e parto vaginal. Nos casos selecionados, as mães responderam a um questionário estruturado, retratando sua saúde nos últimos três a seis meses. Um total de 917 (79,1%) em 1.159 mães de 85 centros, relataram que não houve diferenças entre os grupos em amamentação, relação com a criança ou parceiro, dor, gravidez subsequente, incontinência urinária, depressão, problemas menstruais ou sexuais, fadiga ou memórias angustiantes com a experiência do nascimento. A única diferença significativa foi um aumento de constipação nas pacientes que realizaram cesariana. Em contrapartida, os recém-nascidos não foram protegidos da morte ou do dano cerebral por terem nascido de cesariana eletiva (13).

Dessa forma, as pesquisas buscam as melhores evidências disponíveis sobre indicações de cesariana, tais como placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, placenta acreta, infecção por HIV, herpes genital, hepatites, HPV, condiloma genital, gestação múltipla, prolapso do cordão umbilical, distensão segmentar e ruptura uterina. Observou-se que a cesariana está formalmente indicada em algumas situações particulares, como na placenta prévia total. Em outros casos, pode haver indicação de cesariana intraparto, porém situações como HPV e gemelaridade não representam indicações para a realização do procedimento (3) (14).

Todas as mulheres em trabalho de parto devem ser avaliadas pelo médico, sendo que os eventuais riscos merecem ser expostos, uma vez que o manejo e o local do parto variam em função deste risco. A avaliação deve ser realizada inicialmente e durante todo o trabalho de parto. Pesquisas apontam que são várias as situações de riscos, dentre elas: (a) padrões anômalos de frequência cardíaca fetal; (b) falha de progressão; (d) sangramento; (e) apresentação pélvica; (f) parto disfuncional; (g) malformação cardíaca congênita; (h) outras malformações fetais reconhecidas; (i) restrição de crescimento intrauterino; (j) cardiopatia materna; (k) diabetes materno (clínico ou gestacional); (l) hipertensão materna; (m) lúpus e outras colagenoses; (n) gestação múltipla; (o) oligohidrâmnio; (p) outras condições médicas crônicas ou agudas maternas e/ou fetais; (q) uso de ocitocina; (r) gestação prolongada (maior ou igual que 42 semanas); (s) mecônio espesso (8).

A tomada de decisões baseadas nas melhores evidências é sempre a forma mais segura para o profissional da saúde e a paciente. Segundo alguns especialistas, a relação



médico-paciente não deve ser vista como uma relação de consumo, sob a tutela do Código do Consumidor, uma vez que o resultado do trabalho do obstetra não pode ser equiparado à garantia de um bem de consumo¹⁵. Contudo, alguns estudos e até mesmo a jurisprudência dominante apontam que a relação médica é uma relação consumerista, pois, como fornecedor de serviços, independentemente da existência de culpa, há a responsabilidade pela reparação dos danos causados aos “consumidores” pelos defeitos relativos à má prestação de serviços (15) (17).

Independentemente de qualquer situação de risco ou não, a boa relação médico-paciente deve pautar-se pela transparência e confiança. Entre diferentes medidas recomendadas ao médico, há necessidade de permanente capacitação e atualização, o uso adequado de tecnologias e os tratamentos propostos que tenham indicações precisas (15) (16). Nessa linha, algumas pesquisas sugerem que os obstetras têm decidido suas intervenções sob a ótica do menor risco para si. Esta mudança de atitude tem sido justificada pelos inúmeros processos judiciais contra os profissionais de saúde, acarretando enorme custo emocional, psicológico e econômico para quem pratica obstetrícia (15) (17).

As denúncias relacionadas à prática médica obstétrica e ginecológica apresentadas no Conselho Federal de Medicina são frequentes, sendo quase 30% do total de queixas, segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO (18), ainda porque, a obstetrícia é a especialidade de maior risco judicial dentro da prática médica, face ao grande número de intercorrências no período de pré-natal e nas urgências e emergências no trabalho de parto (19).

Nesse contexto, o presente trabalho identificou no discurso dos julgadores do STJ a discussão dos conflitos que envolvem a seara da responsabilidade civil do médico obstetra frente às inúmeras intercorrências que ocorrem durante as tomadas de decisões, especialmente àquelas diretamente ligadas ao parto e puerpério.

As decisões apreciadas e julgadas pelo STJ nos anos de 2004 a 2014 foram selecionadas, com o objetivo de serem extraídos os principais posicionamentos dos Ministros da Corte, no tocante à responsabilidade objetiva do Hospital; a responsabilidade subjetiva do médico; a responsabilidade solidária do médico e hospital; as possíveis falhas na prestação de serviços, com base na relação de consumo; as provas produzidas e o



convencimento dos Julgadores; as possíveis más práticas dos procedimentos (cesariana e parto natural), assim como o fato da técnica, dano, culpa e nexa causal.

Métodos

A pesquisa utilizou o método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre, com base, sobretudo nos pressupostos da “Teoria das Representações Sociais”. A teoria elenca uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais – cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se, diretamente, como fato empírico, por meio do sujeito coletivo que “fala” (20). Esta técnica consiste em selecionar, cada discurso individual a uma questão, as expressões-chaves, que são trechos mais significativos destas respostas. As “expressões-chaves” correspondem as “ideias centrais” que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado, que se constroem discursos-síntese, na primeira pessoa do singular (21).

Optou-se pelo discurso dos Julgadores do Superior Tribunal de Justiça em razão desta Corte resolver, respectivamente, questões diretamente relacionadas com as normas federais em última instância, e uniformizarem o entendimento a respeito da matéria foco principal da pesquisa em caráter nacional, servindo de parâmetro para a resolução das demandas judiciais pelos juízes de primeira e segunda instância.

Ocorreram duas etapas de busca das decisões que abrangem o tema. Primeiramente, a seleção dos acórdãos foi realizada em um trabalho acadêmico (22), cujos resultados apontaram um universo de 90 (noventa) julgados extraídos do *site* do STJ num período de 2003 a 2013, que debatem sobre erros médicos, sendo 12 (doze) deles, referente às práticas danosas na obstetrícia. O levantamento dos julgados foi realizado no campo “pesquisa livre”, utilizando os seguintes termos: “erro médico”; “médico”; “paciente”; “profissional da saúde”; “dano moral”; “dano material”; “SUS”; “responsabilidade civil” e “indenização por erro médico”, escolheu-se a classe “Recurso Especial” que foram admitidos e julgados pelo STJ.



Num segundo momento, foi realizada uma nova pesquisa, com o objetivo de abranger os casos julgados pelo STJ no período de 2004 a 2014. A busca foi realizada no campo “pesquisa livre” com os seguintes termos: “erro médico” e “parto”. O resultado da pesquisa encontrou 13 (treze) decisões em “Recurso Especial” e em “Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial” que foram apreciadas pelo STJ, dos quais quatro deles constavam na primeira seleção das decisões, o que resultou num total de 21 (vinte e um) julgados.

Após a análise objetiva dos fatos e dados de cada caso, foram analisados os objetos de investigação, sendo possível identificar os fundamentos utilizados pelos julgadores, o entendimento externado acerca da matéria debatida, a fim de tornar possível a identificação de correntes de jurisprudência e a formação do perfil dos julgadores do STJ.

Aspectos Éticos

Ficou dispensada a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que o trabalho não envolve pesquisa com seres humanos, apenas descrição e análise do discurso dos julgadores do STJ, sendo os dados públicos, extraídos do *site* do Poder Judiciário.

Resultados

O trabalho revelou que a maioria das supostas falhas médicas obstétricas que originaram as ações indenizatórias, ocorreu durante a realização do parto normal, ou seja, 71%, dos casos, comparado à cesariana com 29%. As tabelas abaixo demonstram os danos e sequelas causados durante a realização de cada tipo de parto e o tipo de hospital, se público ou privado. Na Tabela 1, se observam os dados relacionados à cesariana.

A cesariana foi realizada em seis casos estudados, sendo dois deles decorrentes do esquecimento de material cirúrgico durante o procedimento. No primeiro caso, os autos retornaram à origem, uma vez que foi reaberta a oportunidade do hospital para comprovar a culpa exclusiva de terceiro (médico). No caso 4, a ação foi julgada procedente em virtude dos danos físicos, estéticos, morais e materiais (incapacidade funcional parcial) causados à parturiente. Neste caso indenizações somaram R\$ 1.275.000,00. Ainda, em decorrência da prescrição irregular de medicação (caso2) e das complicações anestésico-cirúrgicas, as sequelas causadas à mãe foram irreversíveis: perda do útero e coma irreversível.



No caso decorrente das complicações anestésico-cirúrgicas, restou evidenciada a negligência do hospital (caso 6) em não disponibilizar um profissional experiente e capacitado para acompanhar a médica residente, cursando o primeiro ano de residência, na realização de um procedimento complexo como a referida cirurgia. Concluiu-se pelo laudo pericial que a presença de um anestesista mais experiente talvez evitasse os problemas ocasionados à vítima, contando com todo aparato de monitoração e identificar a iminência de uma parada cardíaca, tomando as medidas necessárias para preveni-la.

A tabela 1 demonstra que a principal causa dos danos ligados ao parto normal, relatados nos acórdãos foi a demora na realização do parto, sendo apurado este fato em sete decisões, com os traumatismos em segundo lugar. As seqüelas irreversíveis ocorridas nos recém-nascidos predominam como os danos mais recorrentes, à frente dos óbitos fetais e dos danos irreversíveis sofridos pela mãe.

Sob o prisma da análise qualitativa das decisões, foram selecionados os debates centrais. As discussões abordadas nos discursos dos julgadores permeiam a seara da responsabilidade civil dos profissionais de saúde da área obstétrica, assim como as intercorrências ocorridas durante o pré-parto, o parto e pós-parto imediato, revelando como é a relação médico-mãe-feto, sob a ótica dos julgadores do STJ.

Os temas centrais extraídos dos discursos foram subdivididos em temas da fala de cada julgador, conforme as questões tratadas nas decisões, que foram objeto para construção do DSC, demonstrando o entendimento prevalente da jurisprudência acerca das expressões-chaves e as idéias centrais.

Foram selecionadas as seguintes questões, objetos de discurso pelos julgadores:

- A – Responsabilidade objetiva do Hospital;
- B - Responsabilidade subjetiva do médico;
- C - Responsabilidade solidária do médico e hospital;
- D - Falha na prestação de serviços – Relação de Consumo;
- E - Provas produzidas;
- F - Má prática dos procedimentos do parto cesáreo e natural;
- G - Fato da técnica;
- H - Ilegitimidade passiva da União.



Dessa forma, a seguir apresentam-se as discussões predominantes, extraídas das expressões-chaves e as idéias centrais identificadas:

- DSC A - Discurso do Sujeito Coletivo acerca da responsabilidade objetiva do hospital

[...] Enquanto a responsabilidade do médico é subjetiva, a do hospital é objetiva. (art. 14 e §§ da lei 8078/90). Na prestação de serviço hospitalar, inverte-se o ônus da prova, visto que a hipótese encaixa-se perfeitamente nos ditames dos arts. 2º e 3º, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que o hospital caracteriza-se como autêntico prestador de serviços, quando deverá sua responsabilidade ser decidida sob o abrigo da responsabilidade civil objetiva, como dispõe o art. 14, do mesmo diploma legal, cabendo ao mesmo demonstrar que inexistiu defeito e que a culpa pela infecção hospitalar foi do paciente ou terceiro [...].

[...]A prestação de serviço hospitalar está tipificada nas disposições dos arts. 2º e 3º, § 2º, do CDC, razão por que a sua responsabilidade é objetiva, nos termos do art. 14 do CDC [...].

[...] Cerceamento de defesa. Necessidade de prova pericial para que o hospital possa demonstrar que não houve responsabilidade da sua equipe auxiliar nem dos seus equipamentos, sendo ela, integralmente, da própria médica que realizou a cirurgia e esqueceu o corpo estranho no organismo da paciente. O hospital recorre para provar que houve culpa exclusiva de terceiro, no caso a cirurgiã, o que é excludente de responsabilidade, nos termos do artigo 14, § 3º, II do CDC [...].

Comentários

Para configuração da responsabilidade subjetiva do médico ou hospital, há necessidade da existência do dano, do nexo de causalidade e da culpa ou dolo. Isso significa que todos estes requisitos (dano, nexo causal, culpa/dolo) devem ser comprovados. Ressalta-se que a culpa se caracteriza pela conduta negligente, imprudente e imperita do agente causador do dano.

Para ser caracterizada a responsabilidade objetiva, ao contrário, independe de culpa do agente causador do dano. Isso porque, muito se discute se esta relação pode ser considerada como uma relação de consumo. O hospital é um fornecedor de serviços, equipamentos e medicamentos ao consumidor, mediante remuneração, nos termos do artigo 14 (23), *caput* do CDC, o que impõe ao prestador o dever de responder "independentemente de culpa", pelas reparações dos danos causados aos consumidores



por defeitos relativos à prestação dos serviços, fornecimento de pessoal, material e equipamentos.

Ainda com base no disposto do artigo 37 (24), §6, da Constituição Federal, a responsabilidade do hospital é objetiva, independentemente de atuar culposamente ou dolosamente o respectivo preposto.

- DSC B - Discurso do Sujeito Coletivo acerca da responsabilidade subjetiva do médico

[...] A relação entre paciente e médico-hospital é de contrato de prestação de serviços entre as partes. Assim, a vítima e o autor do dano estão vinculados por uma relação jurídica preexistente. Quem se compromete a prestar assistência médica por meio de profissionais que indica, é responsável pelos serviços que estes prestam, respondendo, pois, de forma objetiva (art. 14, caput, CDC). Por outro lado, a responsabilidade pessoal do médico pela prestação de serviços deve ser apurada mediante culpa por força do art. 14, § 4º, do CDC [...].

[...] A conduta negligente do profissional que ocasionar lesão ao paciente acarreta-lhe a obrigação de reparação dos danos. A instituição hospitalar, por sua vez, responde em decorrência do serviço prestado de forma irregular [...]

[...] Na hipótese de prestação de serviços médicos, o ajuste contratual – vínculo estabelecido entre médico e paciente – refere-se ao emprego da melhor técnica e diligência, entre as possibilidades de que dispõe o profissional no seu meio de atuação, em auxílio do paciente. Não se pode olvidar que, mesmo que os profissionais envolvidos empreguem toda sua diligência no ato, ainda assim podem advir reações imprevisíveis e situações inesperadas. Não podendo o médico assumir o compromisso com um resultado específico (exceto quando se tratar de cirurgia estética), outra não pode ser a teoria da responsabilidade que não a subjetiva, devendo-se averiguar se houve culpa do profissional [...].

Comentários

A conduta negligente do profissional que ocasionar lesão ao paciente acarreta-lhe a obrigação de reparação dos danos. A instituição hospitalar, por sua vez, responde em decorrência do serviço prestado de forma irregular.

A responsabilidade do médico é tida como subjetiva, pois só responde quando ele der causa ao dano agindo com imprudência, negligência ou imperícia. Age o médico com imprudência quando pratica o ato sem o necessário cuidado. Com negligência quando se omite quando deveria agir. E imperícia quando o faz sem o necessário conhecimento que deveria ter.



- DSC C - Discurso do Sujeito Coletivo acerca da responsabilidade solidária do médico e do hospital

[...] Restado comprovado que o médico, primeiro réu, foi negligente ao avaliar a mãe do autor, o que fez com que ele/autor nascesse com sequelas de natureza definitiva, deve ele (médico) ser condenado, solidariamente com o hospital, a pagar indenização, pelos danos morais causados [...].

[...] O sistema processual civil abraça o princípio do livre convencimento motivado, que, inclusive está positivado no artigo 131 do Código de Processo Civil, impondo ao julgador a indicação dos motivos de suas conclusões. Na hipótese em que a ação proposta tem sustentação na existência de erro médico, uma vez que realizada perícia, deve o julgador indicar os motivos pelos quais resolve concluir pela obrigação de indenizar, tomando posição oposta às conclusões do perito, mormente quando outras provas não existem nos autos. A responsabilidade do médico pressupõe o estabelecimento do nexos causal entre causa e efeito da alegada falta médica, tendo em vista que, embora se trate de responsabilidade contratual - cuja obrigação gerada é de meio - é subjetiva, devendo ser comprovada ainda a culpa do profissional [...].

[...] Relativamente à responsabilidade dos hospitais, casas de saúde e similares, a melhor doutrina e a reiterada jurisprudência a têm como contratual, posto que ao admitir o paciente, seja em estabelecimento pago ou gratuito, estabelece-se entre as partes um contrato, e como tal, toma o hospital por obrigação o tratamento benévolo, tanto no que se refere à saúde quanto à hospedagem. Quando o hospital firma com o paciente internado um contrato hospitalar, assume as obrigações de meios consistentes em fornecer serviços médicos (quando o facultativo a ele pertence) ou apenas em fornecer hospedagem (alojamento, alimentação) e de prestar serviços paramédicos (medicamentos, instalações, instrumentos, pessoal de enfermagem, etc.). Tem-se que a autora foi atendida por seus prepostos, de forma negligente [...].

Comentários

Os profissionais de saúde e as instituições hospitalares, muitas vezes são condenados de forma solidária aos atos danosos eventualmente praticados. Em um dos casos, o hospital, apresentou contestação, denunciando à lide o médico. O Hospital foi condenado ao pagamento de indenização por danos morais no importe de 100 (cem) salários mínimos. Julgou, ainda, procedente a denúncia da lide para condenar solidariamente o médico (litisdenuciado) ao pagamento de indenização por danos morais no importe de 150 (cento e cinquenta) salários mínimos.

Foram unânimes os posicionamentos dos Julgadores do STJ quanto aos atos técnicos praticados de forma defeituosa pelos profissionais da saúde vinculados de alguma



forma ao hospital, respondendo solidariamente a instituição hospitalar e o profissional responsável, apurada a sua culpa profissional.

Houve o entendimento de que a responsabilidade seria do médico que atuou diretamente no parto, mas também é do hospital ainda que não seja empregadora do médico obstetra, devendo responder, pois, no mínimo, o hospital deveria zelar pela qualificação e capacidade dos profissionais que atuam em suas dependências, bem como supervisionar os serviços prestados em seu estabelecimento, devendo ser lembrado que a paciente não procurou tão somente o profissional da saúde, e sim o nosocômio.

- DSC D - Discurso do Sujeito Coletivo acerca da falha da prestação de serviços – relação de consumo

[...] A prestação de serviço hospitalar está tipificada nas disposições dos arts. 2º e 3º, § 2º, do CDC, razão por que a sua responsabilidade é objetiva, nos termos do art. 14 do CDC, o que tem como consequência do ônus da prova. A relação existente entre as partes é de consumo. O réu, como fornecedor de serviços, responde, “independentemente” da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos’, conforme estabelece o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor[...].

Comentários

O entendimento prevalente é que a relação existente entre as partes é de consumo. O réu, como fornecedor de serviços, responde, “*independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos*”, conforme estabelece o art. 14 (23) do Código de Defesa do Consumidor. Tal dispositivo adotou a teoria da responsabilidade objetiva, sendo certo que o estabelecimento hospitalar apenas ficaria isento da responsabilidade nas hipóteses previstas nos incisos I e II, do § 3º, do citado artigo 14.

Nos moldes do que preconizam os arts. 6º, VIII e 14, caput e § 3º, do CDC, cabe ao hospital-fornecedor demonstrar a segurança e a qualidade da prestação de seus serviços, devendo indenizar o paciente-consumidor que for lesado, em decorrência de falha naquela atividade.



• DSC E - Discurso do Sujeito Coletivo acerca das provas produzidas

[...] O prontuário médico indica que não havia plantonista obstetra do hospital na sala de pré-parto, nem na de parto, e nenhum membro da equipe do nosocômio realizou exames na parturiente antes do procedimento cirúrgico, implicando omissão de socorro, eis que não interveio no nascimento da criança.[...]

[...]o perito foi categórico em afirmar que “a aplicação do fórceps de Simpson foi correta, mas em tempo de salvar a mãe e não o feto em sua inteireza. Quando aplicado o fórceps, certamente já estava o feto em sofrimento por prolongado período expulsivo sem descida pelo canal do parto além do plano III de Hodge (cabeça encaixada)”. Desse modo, concluiu o expert do juízo que o uso do fórceps não contribuiu para o estado de saúde atual da menor, não ocorrendo erro técnico durante sua aplicação porque ausentes sinais de traumatismo fetal pela sua utilização, salientando que, na realidade os danos a menor foram ocasionados pela sua indicação tardia, tendo em conta que o que ocasionou a interrupção da oxigenação encefálica foi o hiato temporal (1 hora e 13 minutos) entre a parada de progressão em plano III de Hodge e a extração final do concepto[...].

[...] O próprio médico (f. 141-142) que acompanhou a gravidez da apelada e realizou o parto (natimorto) reconhece que “a auxiliar de enfermagem não pode fazer parto e nem pode examinar pacientes, para verificar se elas já estão ou não em trabalho de parto”. A falta de condições daquele nosocômio aflora, ainda, do mesmo depoimento:... não existe médico de plantão na maternidade do hospital, razão pela qual o declarante e os outros médicos treinam as auxiliares em enfermagem para tirar os sinais vitais do feto e da gestante e detectar se estas já estão em trabalho de parto. Feita perícia, o médico perito não pôde atestar que a patologia apresentada pelo filho da autora era consequência da negligência do médico requerido. Aliás, a perícia foi clara quanto à ausência de negligência [...].

Comentários

A produção das provas documentais, testemunhais e periciais foi essencial para o convencimento dos julgadores, especialmente a prova técnica, a qual é realizada pelo perito médico do juízo.

Foi observado nos julgados que quando existente na prova pericial, a experimentação de danos pela pessoa e a presença do nexo de causalidade, resultou-se presente a obrigação de indenizar. Em todos os casos, a prova pericial foi elucidativa quanto ao nexo de causalidade entre a atuação dos médicos e as causas que ensejaram a responsabilização.



- DSC F - Discurso do Sujeito Coletivo acerca da má prática dos procedimentos do parto natural e cesariana

[...] o feto não se encontrava em posição adequada, e mesmo assim, optaram por realizar o parto normal, quando seria necessária a realização de cesariana, causando danos irreversíveis à saúde da criança e ao estado psicológico dos genitores[..].

[...] demora na expulsão provavelmente por falta de material adequado, além da falta de monitorização adequada do feto para a detecção de sofrimento. Falta de material necessário e imprescindível à boa condução do parto[...]

[..] Durante a realização do parto, o feto entrou em sofrimento, abrindo a boca energeticamente e aspirando material verde-escuro produzido pelo seu intestino (denominado mecônio) e excretado no líquido amniótico pelo próprio feto. O líquido contaminado com mecônio provocou o colapso dos alvéolos pulmonares [...].

[..] o médico agiu, no mínimo, negligentemente, não só por não ter dispensado a assistência necessária à parturiente, mãe do autor, consciente da posição incomum do feto, como também por ter a deixado por horas prolongadas em observação aguardando a ocorrência do parto normal[...].

[...] Parturiente que é encaminhada a hospital de madrugada diante dos primeiros sinais do parto, é medicada com substância para induzir o nascimento da criança e depois deixada sozinha no leito, sem o adequado acompanhamento, vindo a ser socorrida apenas com a troca de plantonistas ocorrida de manhã, quando já verificado o óbito do feto[...].

[...] O erro médico consistiu na conduta negligente do médico em não optar pelo parto cesariana, na falta de acompanhamento da frequência cardíaca do feto, retirando-se o profissional da sala de parto no momento crítico da expulsão do recém-nascido[...].

Comentários

A má prática nos procedimentos médicos abrange elementos que podem ser extraídos da conduta culposa, ou seja, a conduta voluntária com resultado involuntário, a previsão ou previsibilidade e, por fim, a ausência de cuidado, cautela e diligência, sem a devida atenção às regras técnicas pertinentes ao seu exercício profissional.

- DSC G - Discurso do Sujeito Coletivo acerca do fato da técnica

[...] O laudo pericial concluiu que “é possível estabelecer nexo causal entre o parto realizado e a paralisia do membro superior direito apresentada pelo



filho periciando”. Porém, em resposta aos quesitos formulados pelo próprio Apelante (quesitos 8 a 12 fls. 225/226), ficou suficientemente comprovado que não houve erro dos médicos. Ratificando esse entendimento, o laudo é taxativo ao concluir que os médicos atuaram com todas as precauções necessárias, incluindo a realização do procedimento que se mostrava mais adequado (parto obstétrico), e que era impossível prever, tampouco prevenir, o dano sobrevindo ao Apelante. Destarte, a conclusão da perícia comprova que a obrigação de meio da equipe médica foi cumprida e o resultado, ainda que não esperado, não revela desacerto profissional [...].

Comentários

O fato da técnica pode ser considerado excludente de responsabilidade civil quando analisada no caso concreto, sob a ótica da jurisprudência, uma vez que não há lei regulamentando sua aplicação. Isso porque apenas se baseia nos princípios constitucionais, como a ampla defesa, igualdade e principalmente a dignidade da pessoa humana.

Elias Kallas Filho (25), argumenta que o fato da técnica desqualifica o elemento culpa, ensejador da responsabilidade civil. Em alguns casos a excludente se assemelha à ausência de defeito por risco inerente, o que depende, portanto, da inevitabilidade do dano, mas não necessariamente de sua imprevisibilidade, isto é, excluirá a responsabilidade do médico quando verificada que a técnica utilizada, embora predominantemente benéfica e aprovada pela comunidade científica seja corretamente executada, mesmo sendo o dano existente.

A aplicação do fato da técnica reforça que, caso a obrigação de meio da equipe médica seja cumprida e o resultado, ainda que não seja o esperado, não poderá ser revelado “desacerto profissional”.

- DSC H – Ilegitimidade passiva da União

[...] O acórdão recorrido está em contrariedade com a jurisprudência do STJ, firmada no sentido de que a União não possui legitimidade passiva nas ações de indenização por falha em atendimento médico ocorrida em hospital privado credenciado ao SUS, tendo em vista que, de acordo com a descentralização determinada pela Lei 8.080/1990, a responsabilidade pela fiscalização é da direção municipal do aludido sistema [...].

Comentários

No caso da demora no atendimento ao parto na rede pública nacional (SUS) foi concluído que a União, ré do caso, não tem legitimidade para figurar no polo passivo da



ação. A ação foi julgada procedente na primeira e segunda instância, mas o STJ reformou a decisão, julgando extinta o feito sem julgamento do mérito. O posicionamento dos Ministros da Corte é unânime no sentido de ausência de responsabilidade da União acerca dos danos eventualmente causados pelos profissionais e centros de saúde relacionados ao Sistema Único de Saúde.

Conclusão

Pode-se dizer que as questões analisadas mediante os discursos dos julgadores do STJ, favorecem o estudo quali-quantitativo proposto, o qual mostrou-se um instrumento valioso para a geração de dados primários e secundários. Por meio da análise dos discursos, foram reveladas práticas obstétricas que ainda conflitam com os incentivos que os órgãos públicos e privados têm recorrido para reduzir o número de cesarianas. Isso ocorre, porque a vida está estritamente ligada à área obstétrica. Contudo, a bem da verdade ainda persiste nos sistemas e organizações de saúde a má gestão dos bens públicos, a falta de estrutura, a desorganização e os recursos escassos que só retardam a concretização das medidas adotadas na tentativa de humanização do parto.

É preciso reformular o modelo de assistência ao parto no Brasil e não apenas responsabilizar os médicos pelo excesso de cesarianas. Os discursos revelam discussões bastante relevantes, que podem ser repensadas como iniciativa para uma mudança gradativa nas relações entre os envolvidos no processo gestacional e puerperal, inclusive aos operadores do direito que de certa forma aplicam a lei (advogados, Poder Judiciário e demais instituições) ao caso concreto e os profissionais da saúde obstétrica (médicos, enfermeiros), que atuam diretamente com as dificuldades enfrentadas no exercício da profissão.

O trabalho revelou resultados que sugerem identificar o predomínio das correntes jurisprudenciais da Corte, a fim de obter subsídios para as organizações de saúde, sobretudo minimizar o ativismo judicial e os riscos decorrentes da má-prática médica obstétrica, reduzir custos provenientes das altas indenizações e incentivar a humanização, a qualidade e excelência na assistência ao parto.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Nascidos vivos no Brasil, 2013.. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. [Acesso em 25.abril.2014].
2. Brasil. Fiocruz - Nascer no Brasil. Pesquisa revela número excessivo de cesarianas; 2014. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>. [Acesso em 25. set.2015].
3. Sass N, Hwang S. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), Diagn Tratamento. 2009;14(4):133-7.
4. Villar J, Valladres E, Wojdyla D, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
5. Luis P, Paula A, Pereira E, Orlando A, Schilithz C. Sampling design for the Birth in Brazil : National Survey into Labor and Birth. Desenho da amostra Nascer no Brasil, 2014 1–10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0049.pdf>. [Acesso em 10.fev.2015].
6. Eua O, Am N, Unido R. Editorial A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(51):571–4.
- 7- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet*. 2005;10(3):627–37.
8. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010;38(10):527–37.
9. Clinical guidelines. Intrapartum care – care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2007.
10. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 21;7:CD000166. doi: 10.1002/14651858.CD000166.pub2. Review. PubMed PMID: 26196961.
11. Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 12;9:CD000078. doi: 10.1002/14651858.CD000078.pub3. Review. PubMed PMID: 24030708.
12. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Cien Saude Colet*. 2010;15(2):427–35



13. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Saigal S, Willan A; Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004 Sep;191(3):917-27. PubMed PMID: 15467565.
14. Sandro A, Souza R, Maria M, Amorim R, Maria A, Porto F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina.* 2010;38(9):459–68.
15. Piazza MJ. Medicina defensiva e os ginecologistas e obstetras. *Femina*, 2012; 40 (1):1–4. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v40n1_1-4.pdf. [Acesso em 14.out.2014].
16. La responsabilidad civil por defectuosa prestación de asistencia sanitaria al parto; 2012. Biblioteca Unirioja. Disponível em: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000236.pdf. [Acesso em 05.abril.2014].
17. Eroglu S., Toprak S., Urgan O, MD, Ozge E. Onur, MD, Arzu Denizbasi, MD, Haldun Akoglu, MD, Cigdem Ozpolat, MD, Ebru Akoglu M. Impacto de los dictámenes periciales del cendes en los procesos judiciales. *Saudi Med J.* 2012;33:3–8.
18. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Erro Médico no dia a dia da ginecologia e obstetrícia; 2014. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=2019>. [Acesso em 05.mai.2014].
19. Nomura Seizo ; Zugaib, Marcelo RMY; M. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2006. 52:144–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a02v52n3.pdf>. [Acesso em 15.nov.2014].
20. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2006;10(20):517–24.
21. Lefevre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo - 2002. *200312(2):68–75.* Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7099/8570>. [Acesso em 08.abril.2015].
- 22 - Mota, Aline Veras Leite. Análise do Discurso da Jurisprudência do STJ nas indenizações por erro médico: impacto no sistema de saúde. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP, 2015.
- 23 – Brasil. Lei CDC - Lei nº 8.078 de 11 de Setembro de 1990 dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Art. 14.** O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos



consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. § 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais: II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam; III - a época em que foi fornecido. § 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar: I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste; II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. [Acesso em 15.jan.2016].

24– Brasil. Constituição Federal do Brasil. Art. 37, § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa., 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. [Acesso em 17.jun.2014].

25 - Kallas Filho, Elias. O fato da técnica: excludente da responsabilidade civil do médico. R. Dir. sanit, Brasil, v. 14, n. 2, p. 137-151; 2013. ISSN 2316-9044. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63998>>. [Acesso em 05.abril.2015].

Recebido em: 17.8.2017
Aprovado em: 19.9.2017

Como citar este artigo:

Rodrigues TMLC, Nunes AA. Indenizações que envolvem o parto à luz do entendimento do Superior Tribunal de Justiça - STJ. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):212-231.



Segurança do paciente cirúrgico e direitos humanos dos pacientes

Surgical patient safety and patients human rights

Seguridad del paciente quirúrgico e derechos humanos de los pacientes

Ana Caroline Leoncio Romano¹

Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira²

RESUMO: Introdução - a segurança dos pacientes cirúrgico é um tema abordado há décadas que ainda merece discussão e estratégias incisivas. **Objetivo** - apresentar o contexto de segurança do paciente cirúrgico e propor uma abordagem conjunta com os direitos humanos. **Metodologia** - foi realizado buscas nas bases de dados de periódicos online da Biblioteca Virtual de Saúde, Scielo, MedLine, Lilacs, Pubmed, Ministério da Saúde e o portal Proqualis, com os descritores: segurança do paciente, segurança cirúrgica, cirurgia segura, direitos humanos dos pacientes e cuidado centrado no paciente. **Conclusão** - os princípios dos direitos humanos do paciente, cuidado centrado no paciente e responsabilidade do paciente, são ferramentas que podem contribuir positivamente para melhorar a segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Direitos Humanos. Cuidados Críticos.

ABSTRACT: Introduction - the safety of surgical patient is an issue addressed for decades that still deserves discussion and incisive strategies. **Objective** - to present the safety context of the surgical patient and propose a joint approach with human rights. **Methodology** - a research was conducted on the online databases of the Virtual Health Library, Scielo, MedLine, Lilacs, Pubmed, Ministry of Health and the Proqualis portal, with the descriptors: patient safety, surgical safety, safe surgery, human rights of patients and patient-centered care. **Conclusion** - patient's human rights principles, patient-centered care, and patient's responsibility are tools that can positively contribute to improve patient's safety.

KeyWords: Patient Safety. Human Rights. Critical Care.

RESUMEN: Introducción - la seguridad de los pacientes quirúrgicos es un tema abordado desde hace décadas que todavía merece discusión y estrategias incisivas. **Objetivo** - presentar el contexto de seguridad del paciente quirúrgico y proponer un enfoque conjunto con los derechos humanos. **Metodología** - se realizaron búsquedas en las bases de datos de revistas online de la Biblioteca Virtual de Salud, Scielo, Medline, Lilacs, Pubmed, Ministerio de Salud y el portal Proqualis, con los descriptores: seguridad del paciente,

¹ Especialista em bioética – Cátedra UNESCO de Bioética - UnB. Enfermeira assistencialista em centro cirúrgico. Aluna do programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ciências da Saúde – Ciências da Saúde - Bioética / Universidade de Brasília - DF. E-mail: anacleoncio@gmail.com

² Pós-Doutorado em Direitos Humanos e Pesquisadora Visitante do Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex. Professora Credenciada da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília e do Curso de Especialização em Bioética da Cátedra UNESCO de Bioética. Advogada da União no Ministério das Relações Exteriores. Brasília – DF. E-mail: alineoliveira@hotmail.com



seguridad quirúrgica, cirugía segura, derechos humanos De los pacientes y cuidado centrado en el paciente. **Conclusión:** los principios de los derechos humanos del paciente, el cuidado centrado en el paciente y la responsabilidad del paciente, son herramientas que pueden contribuir positivamente a mejorar la seguridad del paciente.

Palabras- llave: Seguridad del paciente. Derechos humanos. Cuidados críticos

Introdução

O relatório *To err is human* (2000) lançou enfoque sobre o tema segurança do paciente no contexto dos cuidados em saúde no cenário mundial com estatística de óbitos dos pacientes, entre 44.000 e 98.000 pessoas anualmente, apenas nos Estados Unidos, e o mais alarmante nesses números, é o fato de que essas mortes poderiam ter sido evitadas (1).

A Organização Mundial de Saúde, em 2004, em resposta a essa situação, criou a *World Alliance for Patient Safety*. Os objetivos desse Programa eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. As estratégias de segurança do paciente devem ser baseadas em evidências científicas atualizadas, protocolos e práticas seguras que buscam ser aplicáveis e exequíveis na rotina diária do cuidado e que subsidiem o cuidado seguro a todos os pacientes (2).

A necessidade da adoção de práticas que busquem garantir a segurança dos pacientes é imperativa em todos os contextos de atendimento à saúde. Entretanto, o ambiente cirúrgico merece destaque entre os demais ambientes, pois o volume anual de procedimentos cirúrgico equivale a, aproximadamente, 1 cirurgia para cada 25 seres humanos vivos anualmente, portanto complicações cirúrgicas que causem danos ou mortes têm impacto significativo para população mundial. (3)

Ao considerar a diversidade de cuidados que um paciente cirúrgico demanda, várias abordagens de proteção aos pacientes devem ser utilizadas. Um dos elementos da Aliança Mundial para Segurança do Pacientes é o Manual intitulado "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" – Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente que é voltado para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, componentes essenciais do cuidado em saúde, e tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade nos serviços de saúde mundialmente e abrange a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e a criação de indicadores da assistência cirúrgica (2).



Evidências científicas que reconhecem e demonstram que eventos adversos ocorrem nos serviços de saúde, demandam das instâncias públicas e privadas estratégias que visem diminuir a incidência desses eventos adversos, os quais causam dor e sofrimento aos pacientes e seus familiares, acarretando, em alguns casos, perdas de vidas que poderiam ter sido poupadas. Nesse sentido, a utilização de outra abordagem de proteção aos pacientes fundamenta no referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes possibilita lidar com a questão da segurança a partir da perspectiva do principal envolvido, o paciente. Sendo assim, a aplicação dos Direitos Humanos dos Pacientes, por meio de seus princípios do cuidado centrado no paciente e o princípio da responsabilidade do paciente, pode promover a cultura de segurança e evitar danos ao paciente e, até mesmo sua morte. Sendo assim, este artigo objetiva aplicar os princípios do cuidado centrado no paciente e o princípio da responsabilidade do paciente ao tema da segurança do paciente, como instrumentais a serem utilizados em manuais, diretrizes e outros documentos sobre a temática. Desse modo, tem-se como objetivo contribuir com a discussão sobre a segurança dos pacientes cirúrgicos, visto que esta abordagem baseada nos Direitos Humanos dos Pacientes é inédita no Brasil e pode agregar novos aportes normativos que concorram positivamente para o incremento da qualidade dos cuidados prestados pelos diversos serviços de saúde.

Sob a ótica metodológica, trata-se de pesquisa teórica, cuja bibliografia se alicerçou em busca realizada nas bases de dados de periódicos online da Biblioteca Virtual de Saúde, Scielo, MedLine, Lilacs, Pubmed, Ministério da Saúde e o portal Proqualis, com os descritores: segurança do paciente, segurança cirúrgica, cirurgia segura, direitos humanos dos pacientes e cuidado centrado no paciente. A busca dos artigos ocorreu entre janeiro e julho de 2017, foram encontrados 142 artigos e destes utilizados 27. Os critérios de seleção dos artigos incluíram aqueles que: (a) descreveram conceitos e estratégias de segurança dos pacientes, (b) os que apresentavam dados estatísticos referentes a impacto dos eventos adversos sob os pacientes, (c) documentos que descreviam estratégias de segurança com aproximações dos princípios dos direitos humanos dos pacientes. Foram excluídos os artigos que abordavam estratégias de segurança diferentes do contexto proposto neste artigo. Para complementar a busca de artigos, foi feita busca manual de documentos em sítios na internet e verificação das referências bibliográficas dos artigos e dos documentos incluídos na revisão. Ainda, foi utilizado o documento completo do



Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas da Organização Mundial da Saúde (2), pois este documento representa um marco teórico significativo no campo da segurança dos pacientes cirúrgico e tem sido utilizado como base conceitual no Brasil para implementação de estratégias de segurança cirúrgica no contexto acadêmico e pelos hospitais brasileiros. Quanto ao referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes, foi utilizado o referencial teórico formulado por Albuquerque (2016) (4) e Cohen e Ezer (2013) (5). Para elaboração do artigo foram seguidos os seguintes passos metodológicos: descrição da segurança do paciente cirúrgico, com foco no Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas; exposição do referencial dos Direitos Humanos, particularmente do princípio do cuidado centrado no paciente e o princípio da responsabilidade dos pacientes; em seguida, buscou-se analisar a incidência de tais princípios como balizadores de políticas para a segurança dos pacientes.

Segurança do paciente

O tema segurança do paciente é abordado há muito tempo na área da saúde, informações que constam no *Corpus Hippocraticum* com a premissa básica “*primum non nocere e bonum facere*”, ou seja, não lesar ou danificar as pessoas de modo particular, as pessoas enfermas (6).

Outro marco importante na busca de proteção aos pacientes foi demonstrado por Ignaz Smmelweiss. Em Viena no início do século XIX, a taxa de mortalidade entre as mulheres e recém-nascidos, devido à febre puerperal era 10%, Smmelweiss instituiu uma política de desinfecção das mãos antes de entrar na sala de parto, o que diminuiu drasticamente a taxa de mortalidade (7).

Florence Nightingale, enfermeira inglesa, exerceu cuidados à saúde dos soldados feridos na Guerra da Criméia (1853-56) e conseguiu diminuir significativamente a taxa de mortalidade dos pacientes, melhorando os cuidados prestados aos pacientes além de organizar o ambiente, priorizando a higiene, o conforto, a alimentação e repouso dos soldados como fatores fundamentais para adequada recuperação e qualidade do cuidado (8) (9).

No campo da cirurgia, os primeiros esforços para mensurar as complicações dos pacientes foi realizado pelo cirurgião Ernest Codman, no começo do século XX, com o uso da estratégia de medidas de processo e resultado, que ele chamou de “*End Result*”, com o



objetivo de acompanhar e aprender com as intercorrências dos pacientes, incluindo os erros de tratamento. A partir dos resultados de Codman, o *American College of Surgeons* começou a investigar / inspecionar os hospitais (1918), o que futuramente deu origem a *Joint Commission*, atualmente uma das principais instituições de acreditação no campo da segurança do paciente nos Estados Unidos (10).

O tema segurança do paciente teve novo destaque dentre as áreas de atenção à saúde a partir da divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human* em 2000. O relatório estimou que entre 44.000 – 98.000 americanos morrem anualmente devido aos erros médicos, tais valores foram baseados em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. O que gerou extrema atenção pública e das mídias, especialmente quando se comparou essa alta incidência com a taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos (11).

A Organização Mundial de Saúde, em 2004, em resposta a essa situação, criou a *World Alliance for Patient Safety*. Os objetivos desse programa eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (2).

Acompanhando o cenário mundial, o Brasil, desde 2005, que é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (12).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente é uma campanha que foi lançada em 2004, e surgiu após uma recomendação da 55ª Assembleia Mundial da Saúde a Organização Mundial de Saúde e aos Estados Membros com intuito de dar maior atenção ao tema segurança do paciente, e tem o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência a saúde e o desenvolvimento de políticas públicas na indução de boas práticas assistenciais (2).

A cada ano, a Aliança organiza programas que buscam melhorar a segurança dos pacientes, e a cada dois anos um novo desafio é formulado. O Primeiro Desafio Global focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde. O segundo Desafio Global



para a Segurança do paciente é voltado para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são componentes essenciais da assistência à saúde, e tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade nos serviços de saúde mundialmente e abrange: a) prevenção de infecções de sítio cirúrgico; b) anestesia segura; c) equipes cirúrgicas seguras; d) indicadores da assistência cirúrgica. Reconhecendo que a assistência cirúrgica é complexa e envolve dezenas de etapas que devem ser otimizadas individualmente para os pacientes, buscando diminuir os riscos, perda desnecessária de vidas e complicações sérias, as equipes cirúrgicas tem dez objetivos básicos e essenciais em qualquer caso cirúrgico, apoiados pelas orientações para a cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde: (2)

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
8. A equipe manterá seguros e identificara precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocra informações críticas para a condução segura da operação;
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos (2)

Prevenção de infecções de sítio cirúrgico

As infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) configuram-se como eventos adversos persistentes nos serviços de saúde e são um grande desafio para segurança do paciente, resultando em um nível significativo de morbidade e mortalidade (13).

Uma pesquisa de prevalência realizado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 2011 estimativa que 1 em cada 25 pacientes atendidos desenvolvem algum tipo de infecção relacionado à assistência nos hospitais de atendimento de urgência nos Estados Unidos. Estas infecções resultaram em 75.000 mortes durante a hospitalização (8). Os pacientes que desenvolvem infecção de sítio cirúrgico, definida



como toda infecção que ocorre no sítio anatômico em que a cirurgia foi realizada, têm 5 vezes mais probabilidades de serem readmitidos dentro de 30 dias e provavelmente morrerem, além de exigirem, em média U\$ 3 mil adicionais para cuidado. Estudo realizado por Umscheid *et al*, 55% e 70% das infecções relacionadas à assistência poderiam ser evitadas (14).

No cenário perioperatório, a maior preocupação é impedir o desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico. Vários fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico foram descritos, dividido em três categorias principais: características centradas no paciente, tais como idade, obesidade, desnutrição, diabetes mellitus e outras comorbidades; características do procedimento cirúrgico, incluindo a classificação da ferida, complexidade da cirurgia, habilidade do cirurgião, uso apropriado de profilaxia antimicrobiana, manutenção da normotermia ao longo do perioperatório, dentre outros; e o ambiente da sala cirúrgica relacionado com saneamento, temperatura e umidade, ventilação e padrões de tráfego (15).

No Brasil, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as infecções hospitalares ocupam a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e compreende de 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados (16). Em revisão da literatura realizada por Santos *et al.*, apresenta incidência de infecção de sítio cirúrgico menor que 10%, o que demonstra que a incidência de infecção de sítio cirúrgico no Brasil pode estar em processo de redução. Entretanto, outra hipótese, é a de subnotificação dos casos de infecção de sítio cirúrgico. No Brasil, a maior parte dos hospitais limitam-se à vigilância de ocorrência de ISC no período de internação e não inclui o acompanhamento sistemático dos pacientes cirúrgicos após a alta hospitalar. (17) Segundo Batista e Rodrigues (2012) de 12 a 84% das infecções de sítio cirúrgico são diagnosticadas durante a vigilância pós-alta hospitalar, por isso, visando reduzir a subnotificação dessas infecções, são necessários indicadores acurados para reconhecimento fidedigno das infecções de sítio cirúrgico (18).

Anestesia segura

Anestesiologia é citada como a especialidade médica que melhorou sistematicamente a segurança do paciente. Há trabalhos da década 50 descritos como um dos primeiros a identificar cientificamente e quantificar os riscos associados à anestesia. Há bons motivos



para acreditar que os riscos relacionados à anestesiologia no mundo desenvolvido têm diminuído significativamente durante as duas décadas passadas, relacionados principalmente a melhorias no treinamento, equipamento e medicamentos e à introdução de padrões e protocolos (19).

Estimativas demonstram que a mortalidade prevenível associadas à anestesiologia na Austrália e na Europa variam de cerca de 1:10.000 até cerca de 1:185.000. A taxa de mortalidade atribuível somente à anestesiologia em pacientes saudáveis submetidos a procedimentos cirúrgicos menores está provavelmente no ponto mais baixo desta cadeia. Entretanto, ainda há casos de mortalidade associada à anestesiologia, particularmente em países em desenvolvimento, relacionada a problemas nas vias aéreas, administração incorreta de medicamentos e anestesiologia na presença de hipovolemia (19).

A prevenção de incidentes como manutenção ineficaz de vias aéreas requer provisão de anestesiologia segura, preparação cuidadosa do paciente, de máquinas, de equipamentos e de medicamentos. A asseguaração das vias aéreas de um paciente submetido à anestesia geral é o evento isolado mais crítico durante a indução anestésica, pois, neste momento, o paciente anestesiado fica extremamente vulnerável à hipóxia e completamente dependente da ação do profissional para a manutenção das vias aéreas e da ventilação. A falta de habilidade para manter a oxigenação em um paciente é uma das situações mais temidas, e o manejo inadequado de uma via aérea bloqueada, incluindo a identificação inadequada de seu risco, continua a contribuir para mortalidade associada à anestesia em todo o mundo, embora incomuns, são letais e inteiramente preveníveis (19).

Equipes cirúrgicas seguras

Dentre os objetivos da segurança cirúrgica estabelecidos no manual, quatro delas são pertinentes ao tema da equipe cirúrgica segura: cirurgia no local cirúrgico certo, evitar retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas, manter seguros e corretamente identificados todos os espécimes cirúrgicos, e comunicação efetiva com troca de informações críticas para a condução segura da operação.

Cirurgia em local errado ou no paciente errado deveria ser considerado um “*never events*” – aqueles que não poderiam ocorrer em circunstância algum, entretanto, apesar de menos frequentes, eles ainda acontecem e podem resultar em danos graves aos pacientes. (2) Mais de 20 milhões de pacientes são submetidos a cirurgias apenas nos



Estados Unidos anualmente. Enquanto um estudo aponta uma incidência de 1 a cada 100.000 cirurgias no sítio cirúrgico errado, outro que analisou 1.000 cirurgiões de mão, 20% admitiram já ter operado o local errado ao menos uma vez durante suas carreiras e outros 16% chegaram a preparar o lado errado, mas perceberam o erro em tempo. (2)

Deixar inadvertidamente compressa, agulha ou instrumental em um paciente ao final de uma operação é um erro cirúrgico pouco frequente e difícil de estimar, podendo variar entre 1 em 5.000 a 1 em 19.000 cirurgias em pacientes internados. Os itens esquecidos podem causar infecção, necessidade de reoperação para remoção, perfuração de órgãos, fístula ou obstrução e até mesmo óbito (2).

Fatores como cirurgias de emergência, mudança não planejada no procedimento cirúrgico, pacientes com muita massa corpórea, múltiplas equipes cirúrgicas, falhas no processo de comunicação podem aumentar o risco de retenção de itens cirúrgicos, independentemente da magnitude ou complexidade do procedimento (20).

Alguns procedimentos cirúrgicos são realizados para diagnóstico e direcionamento de tratamento de determinadas doenças, nesse tipo de procedimento realiza-se uma biópsia e o produto desta é chamado espécime cirúrgico. Eventos adversos de espécimes cirúrgicos podem levar a atrasos no tratamento ou diagnóstico, diagnóstico errado, reoperação, tratamento inadequado e ansiedade ou danos graves ao paciente (21).

Falhas na comunicação entre os membros da equipe são causas comuns de erros e eventos adversos. As equipes cirúrgicas parecem reconhecer que as falhas na comunicação são barreiras fundamentais na assistência. A criação de um ambiente que permita e promova discussões depende, entretanto, de uma cultura construtiva da equipe. (22) Avaliações de outras organizações altamente confiáveis, como a aviação, revelam que estratégias como o uso das listas de verificações, protocolos padronizados e intervenções na comunicação, como as sessões informativas, auxiliam na finalização da tarefa e promovem uma cultura de comunicação aberta (23).

Indicadores da assistência cirúrgica

A ausência de dados sobre cirurgia pelas medidas de avaliação da Organização Mundial da Saúde provavelmente contribuiu para falhas no reconhecimento do enorme volume de cirurgias que são realizadas pelo mundo e sua contribuição para incapacidades preveníveis e óbitos. Não há medida simples para avaliar a assistência cirúrgica, para de



obter estatísticas demográficas cirúrgicas é essencial que se tenha indicadores práticos e um mecanismo concretos para coletar esses dados. Foi sugerido pela Organização Mundial da Saúde que todos os Estados Membros colem anualmente estatísticas demográficas cirúrgicas básicas, que incluam dados quanto ao número de salas de operação no país, número de cirurgias realizadas em salas de operação no país, número de cirurgiões e anesthesiologistas habilitados no país, número de mortes nas primeiras 24 horas após a cirurgia e o número de mortes de pacientes internados após cirurgia. Esses números seriam capazes de descrever os componentes estruturais e os resultados dos sistemas de provimento de cirurgia dos países (2).

No contexto brasileiro o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 e da RDC nº 36/2013/Anvisa, foi instituído os Núcleos de Segurança do Paciente, os quais dentre outras atividades, há a previsão de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde, feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), (12) que gerou um relatório com mais de 100.000 notificações de incidentes nos serviços de saúde entre março/2014 e março/2017. (24) O que representa um grande avanço no sentido de identificar as principais fontes de incidentes que atingem os pacientes brasileiros e então traçar estratégias para melhorar a segurança nos serviços de saúde.

Considerando a existência de todo um cenário que reconhece a possibilidade de que eventos adversos preveníveis ocorrem nos serviços de saúde, instâncias públicas que possuem estratégias regulatórias e de notificação destes, além de protocolos que visam diminuir a incidência dessas intercorrência, os eventos adversos danosos aos pacientes ainda persistem, causando dor e sofrimento aos pacientes e seus familiares, ocasionando em alguns casos perdas de vidas que poderiam ter sido poupadas, propomos a utilização de outra abordagem de proteção aos pacientes através dos direitos humanos dos pacientes.

Direitos Humanos dos Pacientes

Considerando que os Direitos Humanos dos Pacientes integram o Direito Internacional dos Direitos Humanos, o paciente é, portanto, percebido em condição de vulnerabilidade e deve ocupar posição de centralidade no processo de tratamento (25).



Os Direitos Humanos, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), têm previsão legal em normas internacionais (declarações, tratados, direito costumeiro internacional, princípios gerais e outras fontes de Direito Internacional); seu foco é na dignidade humana; visa à proteção de pessoas ou grupo de pessoas, sem qualquer distinção de sexo, idade, etnia, religião, língua, país de origem etc; tem caráter vinculante para os Estados e demais entes estatais; existe uma interdependência e inter-relação das normas; e se caracteriza, ainda, pela indivisibilidade e universalidade. Na esfera da saúde, todos os pacientes devem ser considerados como detentores de direitos humanos, o que os distingue de simples usuários ou consumidores, pois implica contato humano, relação entre duas pessoas - profissionais da saúde e o doente, que é o elemento crucial durante o tratamento. (25)

No âmbito internacional, a responsabilidade pela ofensa aos direitos humanos será sempre do Estado, e não dos indivíduos que atuam na prestação de serviços de saúde, e é responsabilidade do Estado, editar legislação que previna e corrija a violação dos direitos humanos dos pacientes, sendo que os remédios de punição serão aqueles previstos na legislação nacional. Esse enfoque é fundamental ao se tratar do tema segurança do paciente no que tange a melhor maneira de lidar com os eventos adversos na saúde, buscando a abordagem sistêmica dos erros reconhecendo que a grande maioria destes são causados por diversos fatores e o equilíbrio entre “não culpabilidade” e responsabilização individual e/ou coletiva é imperativo na busca da qualidade do cuidado aos pacientes. (4)

A Carta de Direitos dos Pacientes da Organização Nacional dos Direitos do Bem Estar é a primeira declaração de direitos dos pacientes nos Estados Unidos proveniente de uma entidade fora do âmbito médico, seguida pela Carta dos Direitos do Paciente da Associação Americana de Hospitais, caso similar também ocorreu no Reino Unido na década de oitenta, e em outros países europeus realizadas por organismo internacionais, tendo como um dos principais documentos sobre os direitos dos pacientes a Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina. No Brasil, as primeiras regulações são da década de noventa, com o capítulo de direitos humanos do paciente do Código de Ética Médica, com a Portaria 675/ 2006 que aprova a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e a Portaria 1.820 / 2009 que estabelece direitos e deveres dos usuários da saúde. (4)



Os princípios dos direitos humanos das pacientes incluem, princípio do cuidado centrado no paciente, princípio da dignidade humana, princípio da autonomia relacional e o princípio da responsabilidade dos pacientes. (4)

O princípio do cuidado centrado no paciente envolve um ambiente no qual os indivíduos têm liberdade de deliberar sobre as opções de tratamento, contemplando suas necessidades físicas e emocionais com uma concepção mais holística, pois o paciente é o principal beneficiário dos serviços de saúde e estes devem estar empoderados de informações suficientes para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A família é um elemento fundamental, logo envolvê-la é ferramenta crucial. (26)

O princípio da dignidade humana foi incorporada em diversos instrumentos jurídicos, dentre eles a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em que no seu preâmbulo consta “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana” e “e todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”. Em pesquisa realizada com pacientes sobre sua dignidade, o ambiente físico, o comportamento da equipe de saúde, aspectos singulares relativos ao próprio paciente, sentir-se confortável e valorizado impactam em sua dignidade (27)

O princípio da autonomia relacional é uma formulação feminista alternativa a visão tradicional principialista de autonomia, nesta o conceito se baseia no fato de que as pessoas estão conectadas com os meios econômicos, sociais e culturais em que se inserem, portanto, a identidade do paciente e sua competência para tomar decisões é dinâmica, na medida em que se entrelaçam com suas relações pessoais, em caso contrário sua autonomia será ainda mais afetada (28).

O princípio da responsabilidade dos pacientes refere-se às responsabilidades em cuidados em saúde, aquelas que os pacientes devem adotar durante o processo de tratamento, as responsabilidades ordinárias que inclui o estilo de vida e consumo dos pacientes e as responsabilidades de saúde pública, de se submeter às medidas de saúde coletiva como vacinação obrigatória e quarentena, pois a cura objetivada pelo paciente não depende apenas do acesso aos bens e serviços ou dos profissionais de saúde. (29)

O princípio da responsabilidade do paciente e o cuidado centrado no paciente são dos dois princípios que merecem destaque enquanto ferramentas de segurança do paciente cirúrgico.



O cuidado centrado no paciente é um dos fatores constitutivos da qualidade em saúde, no qual o paciente é concebido de forma holística, agente fundamental do cuidado e principal beneficiário dos serviços de saúde. Tem como conceitos medulares dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração. O envolvimento da família, especialmente no processo de tomada de decisão, é um elemento fundamental nessa perspectiva de cuidado, que tem por objetivo garantir que o cuidado de saúde atenda às necessidades sociais, emocionais e físicas do paciente. O uso de evidências científicas, protocolos e *guidelines* devem ser aplicados conjuntamente com as demandas individuais do paciente. (30)

Quanto à responsabilidade do paciente, considera-se paciente responsável aquele que busca informações sobre seu processo de saúde-doença, as condutas adotadas pelos pacientes no processo de tratamento, ao compartilhamento de informações com os profissionais de saúde buscando, juntos, a melhor condução dos cuidados e tratamentos instituídos. (4)

O cuidado centrado na pessoa, o termo “pessoa” para enfatizar a abordagem holística para o cuidado, levando em conta a pessoa como um todo, sem um foco estreito na doença ou nos sintomas, mas considerando também suas preferências, seu bem-estar e o contexto social e cultural, auxilia os pacientes a desenvolverem os conhecimentos, as aptidões e a confiança de que precisam para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é coordenado e adaptado às necessidades do indivíduo. Além disso, é fundamental assegurar que as pessoas sejam sempre tratadas com dignidade, compaixão e respeito. O cuidado de saúde é muitas vezes prestado “para” as pessoas, e não “com” elas. Além disso, há dificuldade em incluir os pacientes nas decisões e os objetivos deles são vistos apenas em termos de resultados clínicos específicos. (30)

Para adotar o cuidado centrado na pessoa de forma rotineira, é preciso promover mudanças fundamentais na forma como os serviços são prestados, nos papéis das pessoas envolvidas — não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos pacientes — e nas relações entre pacientes, equipes e profissionais de saúde. A Health Foundation identificou um referencial composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa: assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; oferecer cuidado, apoio ou tratamento coordenado e personalizado; além de apoiar as



peças para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena. (30)

É preciso que os profissionais de saúde e os pacientes trabalhem juntos para entender o que é importante para cada indivíduo, ajuda-los a tomar decisões sobre seu cuidado e tratamento e identificar e atingir seus objetivos. Devem ainda ajudar as pessoas a desenvolver os conhecimentos, as aptidões e a confiança de que precisam para participar plenamente dessa parceria. Pacientes que contam com a oportunidade e com o apoio para tomarem decisões sobre seu cuidado e tratamento em parceria com os profissionais de saúde ficam mais satisfeitos com o cuidado, são mais propensos a escolher tratamentos com base em seus valores e preferências e tendem a escolher tratamentos menos invasivos e caros. O cuidado centrado na pessoa e, em especial, abordagens como o planejamento colaborativo do cuidado e do apoio ao autocuidado também podem ajudar os serviços a responder às necessidades do crescente número de pessoas que vivem com doenças crônicas. (30)

Entretanto, para que o paciente participe de forma efetiva na manutenção e recuperação da saúde é necessário que ele compreenda o mínimo aceitável sobre práticas de saúde. Coulter & Ellins (2007) afirmam que se as pessoas não conseguirem, processam e entendem informações de saúde, eles não serão capazes de se cuidar bem ou tomar boas decisões sobre saúde, o que não consiste apenas em garantir que os pacientes possam ler e entender informações de saúde, exige ainda compreensão e assimilação. Pacientes com baixa compreensão em saúde têm um estado de saúde mais pobre, taxas mais altas de internação hospitalar, são menos propensos a aderir a tratamentos prescritos e planos de autocuidado, experimentam mais erros de drogas e tratamento e fazem menos uso de serviços preventivos. (31)

Uso de ilustrações em folhetos, informações escritas e discussões podem melhorar a experiência dos pacientes e, em alguns casos, reduzir o uso dos recursos do serviço de saúde. Outros recursos, como sites, também podem melhorar o conhecimento, e estudos de tais recursos têm mostrado alta satisfação dos usuários e efeitos benéficos no comportamento da saúde. Muitas opções estão frequentemente disponíveis para tratar um problema, a escolha do tratamento deve então ser orientada pelas preferências do paciente, que podem precisar de ajuda para entender as opções de tratamento e as probabilidades de resultados, e a equipe deve comunicar o risco de forma eficaz, suscitar e



respeitar as preferências dos pacientes. Este tipo de abordagem de parceria é conhecida como tomada de decisão compartilhada ou informada, escolha de paciente baseada em evidências ou concordância. (31)

As formas em que os pacientes podem participar do cuidado contribuindo para uma condução positiva do tratamento incluem fazer escolhas informadas, ajudar a alcançar um diagnóstico preciso, contribuir para o uso seguro de medicamentos, participar de iniciativas de controle de infecção, verificar a precisão dos registros médicos, observar e verificar processos de cuidados, identificar e relatar complicações de tratamento e eventos adversos, e praticando auto-cuidado efetivo e monitorando o tratamento. Parcerias com pacientes para reduzir erros e melhorar a segurança só podem ser bem sucedidas se o envolvimento do paciente for avaliado e com suporte. (32)

Ulrich (1999), ao tratar das diretivas antecipadas dos pacientes no contexto norte-americano, elenca as funções ou virtudes dos pacientes responsáveis que incluem: autonomia como a habilidade individual de considerar opções, tomar decisões baseadas em determinados valores contextualizados e suportar a decisão tomada; estar informado, o que inclui absorver as informações disponibilizadas pela equipe e buscar dados que não foram ditos, fazendo perguntas e buscando esclarecer pontos que não ficaram claros por quaisquer motivos, tomando a iniciativa de alcançar seus objetivos pessoais juntamente com os profissionais; ser assertivo, virtude difícil de ser alcançada nos pelos pacientes, pois o processo de doença os conduz a uma condição vulnerabilidade inevitável associada a intimidação dos pacientes pelos profissionais de saúde, acabam por levar os pacientes a adotarem uma postura passiva por acreditarem que os profissionais detêm maior conhecimento e portanto são melhores em julgar qual seria a melhor estratégia de tratamento, os pacientes responsáveis, portanto, devem praticar a assertividade, reexaminado e reafirmando seus objetivos de forma articulada com seus cuidadores e exercendo sua autonomia; ser comunicativo requer que os pacientes expressem suas preocupações de forma clara e não ambígua, permitindo que o profissionais percebam suas dúvidas e construam juntos as estratégias de cuidados; e por fim assumir riscos, ao assumir responsabilidades no contexto de cuidado em saúde o paciente também assume riscos, que nem todos estão dispostos, o paciente responsável reflete cuidadosamente sobre o consentimento ou recusa de determinados tratamentos. Ao considerar todas essas virtudes, especialmente a virtude de assumir riscos, o autor afirma que, os pacientes



descobrem a característica de serem verdadeiramente indivíduos. (33) Tais responsabilidades e virtudes são adjuvantes que associadas ao cuidado centrado no paciente conduzirão a melhorias na segurança no contexto perioperatório.

No ambiente cirúrgico, o cuidado deve mudar do atual fragmentado modelo centrado no médico para um modelo de cuidados centrado no paciente, com a oportunidade de prestar cuidados com base em evidências, padronizado e centrado no paciente. A equipe deve encorajar os pacientes a participarem do processo de marcação do local cirúrgico, evitando o erro quanto à lateralidade do procedimento, fornecer explicações quanto ao procedimento e solicitar que o paciente compartilhe informações sobre seu histórico de saúde para assegurar cuidados seguros. Além de incentivar a participação do paciente a discutir erros médicos ou complicações, *advocating* para a família quando os pacientes não puderem participar (por exemplo, quando sob sedação ou anestesia), garantindo que membros da família estejam envolvidos no processo de tomada de decisão quando o paciente não conseguir e analisar os níveis de compreensão dos pacientes e a familiares sobre os cuidados propostos e o contexto sociocultural do paciente. Pacientes envolvidos melhoram a segurança e podem ajudar a equipe a criar um sistema mais seguro e mais centrado no paciente. Existe a necessidade urgente de alinhamento e colaboração entre os pacientes, famílias, líderes, provedores e organizações para reformar o cuidado em saúde e melhorar a prestação de cuidados seguros. (32)

Considerações finais

O papel central do paciente no cuidado já está há mais de 15 anos descrito pelo Instituto de Medicina como elemento de definição de cuidados de qualidade. Existem referenciais que demonstra que intervenções de cuidados centrados no paciente melhoraram os resultados clínicos, mas ainda existe uma lacuna na incorporação desse princípio na prática cotidiana do cuidado. Eventos adversos por falta de informação que não são coletadas ou documentadas falta de provisão adequada de recursos, treinamento inadequado e conhecimento deficiente, entre tantas outras causas e/ou agravantes seguem ocasionando lesões e perdas irreparáveis aos pacientes. Os direitos humanos dos pacientes, ancorado no Direito Internacional dos Direitos Humanos, dispõem da autoridade e capacidade para respaldar a criação de políticas e programas públicos para proteção dos pacientes e preservação das vidas. É, portanto, imperativo que a sociedade perceba as



condições e agravantes de saúde as quais estão expostas e exijam qualidade de atendimento, além do mero acesso aos serviços de saúde; e ao Estado cabe reconhecer a gravidade do problema que vivencia e estabelecer legislações pertinentes e efetivas, com base em diversos exemplos bem-sucedidos em outros países, para o direito à vida, à saúde e a dignidade.

Referências

1. Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press, 2000.
2. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.
3. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, *et al*. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*. 2008, 372 (9633):139-44. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18582931> [Acesso em 2.jan.2017].
4. Albuquerque A. *Direitos Humanos dos Pacientes: teoria e princípios*. Curitiba: Juruá; 2016.
5. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*. 2013, 15 (2): 7-19. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24421170> [Acesso em 12.fev.2017]
6. Beier M, Iannotti GC. O paternalismo e o juramento hipocráticos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010, 10 (2): 384-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000600017&script=sci_abstract&tlng=pt [Acesso em 10.jan.2017]
7. Benenson S, Mankuta D, Gross I, Schwartz C. Cluster of puerperal fever in an obstetric ward: a reminder of Ignaz Semmelweis. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2015, 36 (12): 1488- 90. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26486196> [Acesso em 10.jan.2017]
8. Nascimento C, Draganov PB. História da qualidade em segurança do paciente. *História da Enfermagem Revista Eletrônica*. 2015, 6(2): 299-309. Disponível em http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf [Acesso em 12.jan.2017]
9. Carraro TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2013, 17(3): 573-9. Disponível em



<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0573.pdf> [Acesso em 12.jan.2017]

10. Wachter RM. Understanding Patient Safety. 2 ed. São Francisco: McGraw-Hill; 2012. Surgical Errors. 73-92.

11. Wachter RM. Understanding Patient Safety. 2 ed. São Francisco: McGraw-Hill; 2012. The Nature and Frequency of Medical Errors and Adverse Events. 3-19.

12. Ministério da Saúde (BR). Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

13. Allen G. Infection prevention: a patient safety imperative for the perioperative setting. AORN Journal. 2015, 101(5): 508-10. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(15\)00252-5/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(15)00252-5/pdf) [Acesso em 01.mar.2017]

14. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2011, 32(2): 101-14. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21460463> [Acesso em 01.mar.2017]

15. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Estrutura física do centro cirúrgico. Práticas Recomendadas. 6ª ed. São Paulo. SOBECC, 2013. 114-24.

16. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. 2ª ed. Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2017.

17. Santos GC, Baylão AFG, Borges SCF, Silva AL, Batista MHJ, Leite GR. Incidência e fatores de risco de infecção de sítio cirúrgico: revisão integrativa. Revista Eletrônica Intinerarius Reflectionis, 2015, 11(1). Disponível em <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/34142> [Acesso em 01.mai.2017]

18. Batista TF, Rodrigues CS. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal, Brasil: estudo descritivo retrospectivo no período 2005-2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2012, 21 (1): 253-64.

19. Malhotra V, Mack PF. Quality of care and patient safety. In: Miller R, Pardo M Basics of Anesthesia. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 746-54.

20. Goldberg JL, Feldman DL. Implementing recommended practices for prevention of retained surgical items. AORN Journal, 2012, 95 (2): 205-16. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(11\)01244-0/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(11)01244-0/fulltext) [Acesso em 20.fev.2017]



21. Steelman VM, Williams TL, Szekendi MK, Halverson AL, Dinitzis SM, Pavkovic S. Surgical specimen management - a descriptive study of 648 adverse events and near misses. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 2016 140(12): 1390-6. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27610645> [Acesso em 22.fev.2017]
22. Cvetic E. Communication in the perioperative setting. *AORN Journal*, 2011, 94(3): 261-70. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(11\)00740-X/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(11)00740-X/fulltext) [Acesso em 02.mar.2017]
23. Fassarella CS, Bueno AAB, Garilha JB, Andrade MA. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista Rede de Cuidado em Saúde*, 2013, 7(1): 1-16. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/1901/905> [Acesso em 02.mar.2017]
24. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório dos Estados – Eventos Adversos. 2017. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/brasil>. [Acesso em 21.mai.2017]
25. Paranhos DGAM. Direitos humanos dos pacientes. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 2016, 5(2):185-192. Disponível em <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos> [Acesso em 10.jun.2017]
26. Groene O. Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 2011, 23 (): 531-7. Disponível em <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzr058> [Acesso em 12.mai.2017]
27. Nussbaum M. Human dignity and political entitlements. *In: Pellegrino E, Schulman A, Thomas W. Human dignity and bioethics*. Washington DC. University of Notre Dame; 2009. p. 351-380
28. Ells C, Hunt M, Chambers-Evans J. Relational autonomy as an essential component of patients-centered care. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2011, 4 (2): 79-101. Disponível em <https://www.mcgill.ca/biomedicalethicsunit/files/biomedicalethicsunit/ellshuntchambersrelationalautonomyijfab2011.pdf> [Acesso em 22.mai.2017]
30. Beletsky L, Ezer T, Overall J, Byrne I, Cohen J. Advancing human rights in patient care: the law in seven transitional countries. Open Society Foundations, 2013. Disponível em <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Advancing-Human-Rights-in-Patient-Care-20130516.pdf> [Acesso em 18.jul.2017]
31. The Health Foundation. Person-centred care made simple. 2014. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf> [Acesso em 20.jun.2017]



- 32 Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing educating, and involving patients. *The British Medical Journal*, 2007, 335 (7609): 24-7. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1910640/?report=reader> [Acesso em 18.mai.2017]
- 33 Spruce J. Back to basic: patient and family engagement. *AORN Journal*, 2015, 102 (1): 34-7. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(15\)00424-X/abstract](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(15)00424-X/abstract) [Acesso em 20.mai.2017]
- 34 Ulrich LP. The role of responsible patient. *In: ULRICH LP. The Patient Self-Determination Act: Meeting the Challenges in patient care*. Washington DC: Georgetown University Press: 2001. p. 291-312.

Recebido em: 21.8.2017
Aprovado em: 17.9.2017

Como citar este artigo:

Romano ACL, Oliveira AAS. Segurança do paciente cirúrgico e direitos humanos dos pacientes. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):232-251.



Resenha Review

Eutanásia e Seguro de Vida: análise do direito à percepção da indenização

Euthanasia and Life Insurance: analysis of the entitlement to be indemnified

Luciana Gonzaga de Oliveira¹

O livro em destaque é a primeira obra do autor Igor de Lucena, jurista, professor universitário, advogado e escritor. Dividido em três capítulos, o trabalho se propõe analisar o eventual direito à indenização no contrato de seguro de vida em caso de prática de eutanásia e a viabilidade de reconhecimento como direito, para a natureza jurídica.

O primeiro capítulo, apresenta conceitos essenciais sobre vida, morte e eutanásia. É fato que a morte é a única certeza pós nascimento que temos. O ciclo da vida é formado por nascer, crescer, se reproduzir e morrer. A grande questão por outro lado, é qual o momento da chegada. Em fase de discussão humana acerca da morte, expressões como eutanásia, e suas classificações, que existem ao menos seis “espécies”, de eutanásia: eutanásia direta/indireta, consensual/não- consensual, passiva autoeutanásia (suicídio assistido), além de duas figuras próximas que são a ortotanásia e a distanásia. A multiplicidade de espécies é a grande dificuldade no estudo da eutanásia no Brasil, que no ordenamento jurídico, hoje não existe nada que regulamente ou conceitue o que vem a ser a eutanásia. Uma norma administrativa é a única existente no País, ainda que de forma não explícita, o Código de Ética Médica (CEM/2010), nos termos no art. 41. Proíbe a eutanásia e permite a ortotanásia.

Pouco se discute sobre existência de deveres fundamentais. Há uma pequena discussão no âmbito tributário, porém a doutrina é praticamente incipiente no tocante aos demais ramos do direito, sobretudo o cível. A autonomia do paciente enquanto direito fundamental, deriva da liberdade que é, simultaneamente, “ valor supremo do

¹ Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: Lucianagoliveira7@gmail.com



Estado Democrático de Direito, objetivo fundamental da República e também um direito fundamental”. Na fase atual do Direito Médico, a autonomia do paciente representa a quebra do paternalismo profissional e a aceitação de que o paciente não pode ser encarado apenas como objeto de atuação médica, mas nomeadamente, enquanto sujeito de direito.

O segundo capítulo, o contrato de seguro de vida, o autor coloca um breve resumo acerca sobre as formas de contratos, seguro e a seguradora. Partindo da referida questão do consumidor e seu poder precaucionais de ocorrência de uma hipótese de risco, a seguradora, no entanto assume o ônus sofrido. Com relação ao suicídio como causa excludente do dever de indenizar, o Código Civil em seu artigo 798, traz uma cláusula excludente do dever de indenizar no caso do contrato de vida se o segurado se suicidar nos dois primeiros anos do contrato. Mas a interpretação a priori, deve ser restritiva, de sorte que as normas de direito econômico, por serem de via de regra, normas proibitivas, não podem ser interpretadas de forma extensiva. A excludente do dever de indenizar em casos de suicídio decorre em suma, da função social do contrato e da boa-fé objetiva. Presuma-se que ninguém seria frio o suficiente para firmar um contrato de seguro e aguardar 02 anos para só então cometer o suicídio. Deste modo, tem-se que o contrato tem a função social e que, superado o prazo de 02 anos, tem que ser garantida a sua eficácia e aplicabilidade. Representa uma conduta contraditória o suicídio cometido em vigência de contrato de seguro de vida e a busca da indenização, uma vez que o sinistro é dotado de risco de adversidade, todavia uma vez realizado o suicídio, tem-se verdadeiro aspecto de vontade como força motriz do ato jurídico, este considerado enquanto atuação humana dependente de vontade.

O terceiro e último capítulo, retrata a Eutanásia e o Seguro de Vida, no contexto jurídico, as dificuldades e problemas enfrentados, tanto na forma do legislativo, as decisões estritamente sociais que prejudicam o mercado, as decisões judiciais que são afetadas pelo julgador e afetam diretamente o mercado de seguro. A inserção da figura da eutanásia no ordenamento jurídico brasileiro através do código penal traz o seguinte problema: como regular a eutanásia, ante a



ausência de dispositivo legal, no que refere aos demais ramos do direito? O autor responde então esta questão, sobre a eficiência do judiciário que deve ser mensurada a partir da garantia de acesso, celebridade das decisões. O Brasil possui uma jurisprudência difusa e oscilante, de modo que posicionamentos, outrora sólidos, são destruídos rapidamente. Logo, litigar e, sobretudo, uma jurisprudência que era desfavorável, torna-se favorável.

Enquanto a crise no legislativo gera uma produção de leis ruins ou sem reconhecer o direito como um sistema uno, em que os seus ramos estão em comunicação constante, a norma não alcançará sua finalidade máxima, pois estará limitada pelo próprio poder responsável pela sua concepção. O Judiciário deve promover uma análise de custo benefício dos custos sociais, sob o prisma individual, mas que comprometem todo o mercado. O Estado – Juiz deve avançar e intervir nos casos necessários para recompor a equidade e o equilíbrio contratual.

Conclua-se que nesse sentido as normas do Direito econômico inseridas no Código Civil visam proteger o mercado e os próprios consumidores. Entender que a eutanásia não pode ser interpretada como cláusula excludente do dever de indenizar é garantir um planejamento da morte, uma vez que os indivíduos racionais passarão não mais se suicidar e sim serem “ vítimas” do ato de eutanásia. A interpretação mais adequada e racional é que a eutanásia, enquanto não sobrevenha lei específica reguladora, seja equiparada, nos contratos de seguro de vida, ao suicídio, de sorte que tenhamos um mesmo resultado. Desta forma, a morte pode ser analisada sob o prisma da eutanásia consensual, não consensual, indireta, ortotanásia e distanásia, esta que, enquanto medida antiética e desumana, não pode ser exigida pela companhia seguradora, de modo que a exigência de prática distanásica para recebimento da indenização representaria a inversão dos valores e a supremacia do interesse econômico sobre a dignidade da pessoa humana, enquanto prolongamento artificial da vida, deve ser coibida e não exigida pelas seguradoras

É proposta que o tratamento dispensado a eutanásia direta consensual seja o mesmo dado a eutanásia direta consensual seja o mesmo dado ao suicídio, ao passo que semelhantes como eutanásia não consensual e eutanásia indireta devem ser tratados como homicídio e o sinistro propriamente dito, pois na primeira não há



participação do paciente e na segunda, a vontade é direcionada para minorar a dor e não abreviar a vida, de ambas devem ser indenizadas. A ortotanásia, como morte no tempo correto, deve ser interpretada como fundamento para pagamento.

O Livro traz diversas críticas relevantes e atual, tema este polêmico, seja no contexto religioso e social, destaca se a questão contratual de seguro de vida, nos casos específicos de eutanásia, que enquanto exercício de autonomia privada, representa o reconhecimento de que a vida deve se pautar por uma ótica pessoal e subjetiva.

Referência

Mascarenhas IL. Eutanásia e Seguro de vida: Análise do Direito à Percepção da Indenização. Rio de Janeiro (RJ). Editora Lumen Juris. 2017

Recebido em: 10.8.2017

Aprovado em: 8.9.2017

Como citar este artigo:

Oliveira LG. Eutanásia e Seguro de Vida: análise do direito à percepção da indenização. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):252-255.