

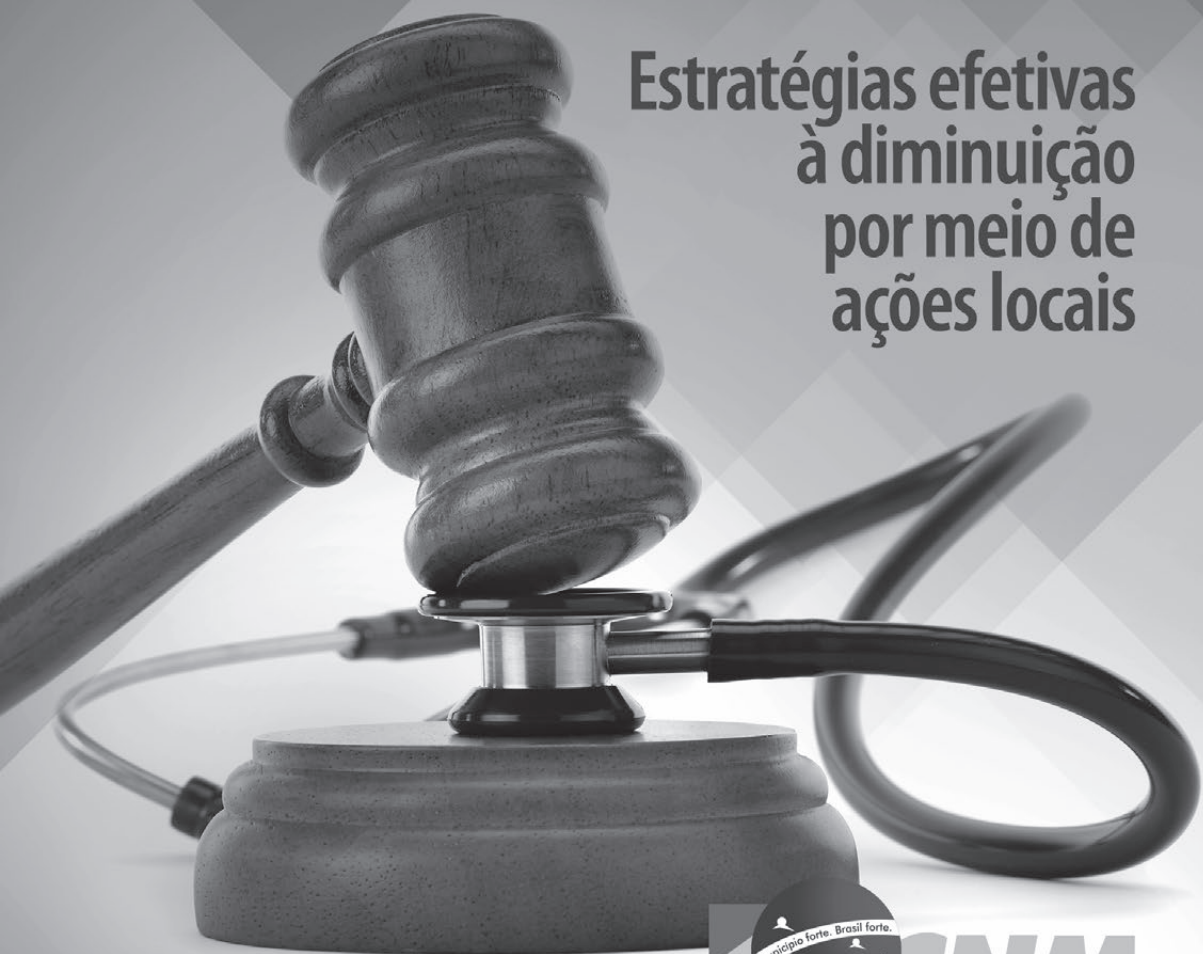
Judicialização da Saúde

Estratégias efetivas
à diminuição
por meio de
ações locais



Judicialização da Saúde

Estratégias efetivas
à diminuição
por meio de
ações locais





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição – Uso não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca *online* do Portal CNM: www.cnm.org.br.

Esta publicação destina-se a informar os profissionais de saúde e gestores do SUS sobre as estratégias efetivas à diminuição da judicialização da saúde por meio de ações locais.

Textos

Carla Estefânia Albert
Amanda Borges de Oliveira

Supervisão Editorial

Luciane Guimarães Pacheco

Diretoria-Executiva

Gustavo de Lima Cezário

Diagramação

Themaz Comunicações

Endereço eletrônico

saude@cnm.org.br

Portal

www.cnm.org.br

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM

Judicialização da Saúde: Estratégias efetivas à diminuição por meio de ações locais – Brasília-2016.

112 páginas.

ISBN 978-85-8418-029-5

1. Saúde. 2. Rede de cooperação. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Judicialização. 5. Sistema de Justiça.

I. Brasil.

Confederação Nacional de Municípios. Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde.

Título: Judicialização da Saúde: Estratégias efetivas à diminuição por meio de ações locais.



SGAN 601 – Módulo N – Asa Norte – Brasília/DF – CEP 70830-010

Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008

E-mail: atendimento@cnm.org.br – Website: www.cnm.org.br

Carta do Presidente



Prezado(a) municipalista,

Comprometida com a melhoria da gestão pública e com ações concretas para diminuir a judicialização da Saúde, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) destaca, neste estudo, experiências de redes de cooperação entre Municípios e outras entidades, em especial aquelas pertencentes ao Sistema de Justiça, somando estratégias locais para a diminuição da judicialização.

O texto apresenta um passo a passo, um incentivo ao início do processo de melhorias da gestão da Saúde e, consequentemente, da diminuição do número de ações. Cada Município e cada território deve adaptar os passos e as experiências abordadas neste documento à sua própria realidade, tendo como foco a aproximação dos Entes locais, ou seja, a formação de redes de cooperação.

Como forma de suporte às demandas já judicializadas, também são apresentadas sugestões a respeito da organização do Executivo para defesa do Município. Para tanto, foi realizado um levantamento dos principais documentos organizativos do SUS e da legislação pertinente.

Ao mesmo tempo, o estudo destaca experiências de redes de cooperação entre Municípios e outras entidades, trazendo a público instrumentos para efetivação da rede, como modelos de termos de cooperação e documentos complementares.

Sem o reconhecimento do papel institucional de cada um e sem a promoção do diálogo permanente, ambos os Sistemas perdem uma

excelente oportunidade de honrar seu sentido natural, que é a promoção da cidadania.

Espera-se, assim, que esta publicação sirva como norteadora das ações locais, tanto para gestores do Sistema Único de Saúde, quanto para operadores do sistema de justiça.

Boa leitura!

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM

Sumário

1. Introdução	8
2. O contexto municipal na organização e financiamento de ações e serviços em Saúde	10
2.1 O subfinanciamento da Saúde como componente da judicialização	14
3. A judicialização da Saúde: discussão na ótica do Município.....	18
4. Medidas para diminuição da judicialização da Saúde.....	27
5. Experiências nacionais de diminuição e qualificação da judicialização da Saúde.....	55
5.1 As experiências das Defensorias Públicas Estaduais.....	56
5.2 A Experiência do Poder Judiciário do Tocantins – Comarca de Araguaína.....	63
5.3 Associação Mineira de Municípios e Comitê Executivo da Saúde do CNJ em MG	64
5.4 A experiência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS.....	65
5.5 A experiência do Comitê Executivo da Saúde do CNJ no Rio Grande do Sul....	68
6. Conclusão.....	71
Referências.....	72
Anexos	79
Anexo I – Termo de Cooperação da Prefeitura de Gravataí/ RS e a Defensoria Pública	80
Anexo II – Procedimento para pedido de internação compulsória– autoria da DPE/RS de Gravataí.	84
Anexo III – Parâmetros adotados pelo Comitê Executivo RS Fórum da Saúde CNJ	88
Anexo IV – Enunciados a respeito da Saúde do Conselho nacional de Justiça – CNJ	94
Anexo V – Termo de Cooperação entre atores do Sistema de Justiça, Confederação Nacional de Municípios (CNM), demais entidades e governo estadual do Rio Grande do Sul	98
Anexo VI – Endereços das Defensorias Estaduais	101

1. Introdução

Esta publicação tem por objetivo auxiliar o gestor da Saúde Municipal a reduzir significativamente as ações de judicialização no seu Município e em sua região. O volume de processos judiciais envolvendo a Saúde e o Ente municipal tem se multiplicado. Na maioria das vezes, o Município é inserido no rol de réus e condenado ao pagamento de serviços, procedimentos e medicamentos que são de competência de outros Entes, como Estados e União. Tal responsabilização equivocada traz várias consequências, desde a ineficiência da rede de Atenção à Saúde até o esvaziamento dos cofres municipais.

Para evitar tais situações, a CNM elaborou um material específico para os gestores da Saúde, mas que também pode ser de auxílio aos operadores do Sistema de Justiça, como forma de reconhecer indicações das instituições do próprio Poder, como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), das Defensorias Públicas Estaduais e do Tribunal de Justiça do Estado.

O reconhecimento de parte das estratégias adotadas em algumas cidades do país tem o intuito de diminuir a crescente utilização da via judicial nas questões da área da Saúde. A adoção dessas estratégias no cenário local refletiu na melhoria dos serviços, na queda do montante de recursos financeiros direcionados ao cumprimento das ações – situações que, a médio e longo prazo, resultam na melhoria da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A CNM avança no encontro de pontos de convergência com o Poder Judiciário de alguns Estados, uma vez que, como instituições que lidam com Políticas Públicas, se entende que já ocorre, por parte da

magistratura e defensorias, o reconhecimento da legislação infraconstitucional. Isso está demonstrado na série de recomendações do CNJ em termos de garantia do Direito à Saúde e a responsabilidade dos Entes federativos.

2. O contexto municipal na organização e financiamento de ações e serviços em Saúde

A Constituição Federal assume o direito à saúde como dever do Estado. No período de sua aprovação, essa garantia significou um avanço extraordinário na seara dos direitos sociais.

No caso da Saúde, a efetividade dessa conquista passava pela articulação em torno de um sistema nacional, no qual pudesse ser alicerçada a base da formulação, a organização e o financiamento das ações de promoção e cuidado. Essa articulação se deu por meio das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS), definiram a participação da comunidade na gestão e as transferências intergovernamentais para os Entes. Assim, nesses documentos-chave foram dispostos os norteadores para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização, responsabilidade, articulação e financiamentos das ações e dos serviços.

Pelo viés municipalista, o art. 7º da Lei do SUS sacramentou a possibilidade – já auspiciada na CF/1988 – da descentralização político-administrativa do Sistema. Nesse sentido, como preconiza a NOB-SUS 1/1996¹, a Portaria 2.488/2011², a Portaria 3.390/2013³ e o Decreto

1 Têm por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

2 Aprova a Política Nacional da Atenção Básica (Pnab).

3 Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

7.508/2011⁴, cabe ao Ente municipal organizar e executar as ações e os serviços, ou seja, ser o norteador organizativo da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa determinação normativa aplica o entendimento universal no microterritório em que se revela o cotidiano, a vida de cada pessoa e, portanto, os processos inerentes à condição humana de saúde-adoecimento.

Assim, em termos político-administrativos, o Município torna-se o *locus* dos processos de vida, responsável por elementos como identificação, planejamento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir das situações e demandas da sua população. Essas demandas, uma vez mapeadas, registradas e sistematizadas, passam a permear o Plano Municipal de Saúde, assim como também são levadas às instâncias regional e estadual nas suas respectivas Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Essas instâncias avaliam e legitimam as demandas locais, dando prosseguimento à inclusão dessas na rede de atenção e possibilitando ao Município, pleitear recursos financeiros do Estado e/ou da União para o atendimento dessas demandas.

Além das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, as ações e serviços têm seu financiamento normatizado pela Lei Complementar 141/2012 – que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, definindo valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, além de estabelecer critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

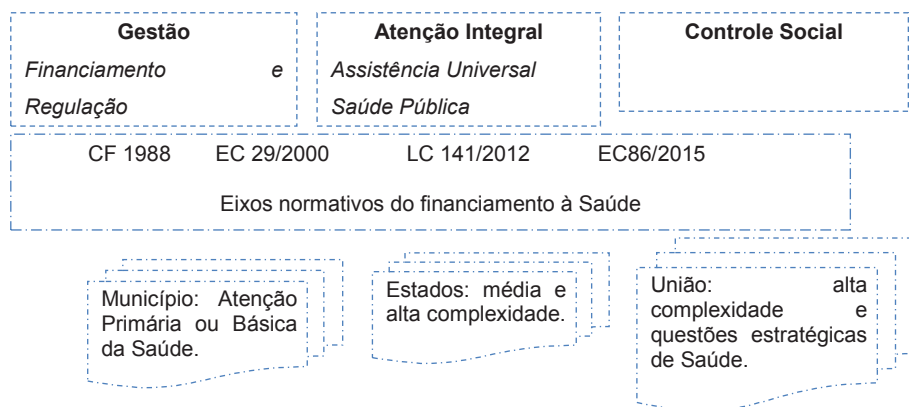
Os primeiros artigos da LC 141/2012 definem o que são gastos com saúde no sentido de esclarecer quais ações e serviços podem ou não podem ser financiadas com os recursos da saúde, depositados nos

4 Regulamenta a Lei 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.

fundos de saúde. **Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde** e, para os Entes federativos receberem recursos transferidos por outro Ente, aqueles deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento.

As transferências da União para os Estados, DF e Municípios devem observar os critérios da LC 141/2012, os do art. 35 da Lei 8.080/1990, cabendo à CIT definir a metodologia de cálculo, que deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Em termos municipais, pelo instrumento da LC 141/2012, foi regulamentada a obrigatoriedade do Ente de investir, no mínimo, 15% das receitas correntes líquidas com serviços e ações em saúde⁵.

Figura 1 – SUS: gestão, financiamento e níveis de complexidade



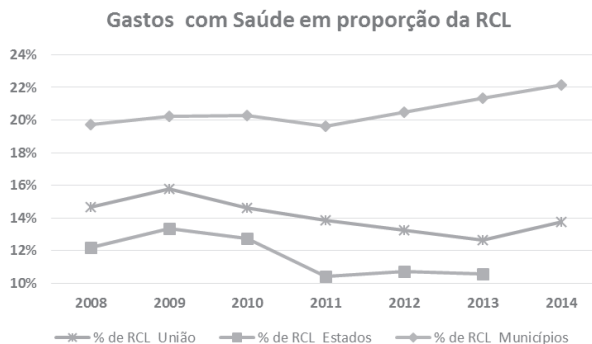
Fonte: Área Técnica da Saúde/CNM.

No tocante ao investimento dos Municípios na Saúde, devemos destacar que estudos da CNM⁶ apontam o problema crônico do financiamento da Saúde, agravado pelo desfinanciamento (CNS 2015) da política pública.

⁵ Estados devem investir 12% da sua receita corrente líquida em Saúde. No caso do investimento da União, a Emenda Constitucional 86/2015 prevê valores percentuais escalonados da Receita Corrente Líquida.

⁶ Estudos Técnicos/CNM.

Gráfico 1 – Gastos proporcionais à RCL com Saúde por Ente federativo



Fonte: Estudos Técnicos da CNM.

Comparando as execuções orçamentária, verifica-se que os Municípios gastam em média 22% de suas receitas, acima dos 15% previstos em Lei. Essa situação é preocupante ao constatarmos que o Ente municipal não é o principal arrecadador de tributos e taxas, mas resulta ser aquele que, proporcionalmente ao que arrecada, mais compromete suas receitas com as ações de cuidado e promoção da Saúde. Nesses termos, o CNS adiciona:

O processo de subfinanciamento histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) teve continuidade em 2014 e será ainda mais grave segundo as projeções de recursos alocados no orçamento federal para 2015 e 2016. Manifesto em Defesa do SUS. CNS.

Esse contexto histórico agrava a crise na Saúde. O cotidiano dos Municípios demonstra: ano após ano é o Ente político-administrativo que mais direciona e compromete suas receitas (RCL)⁷ para garantia do direito à Saúde do cidadão.

7 Somatório da arrecadação de tributos, de contribuições econômicas e sociais, da exploração do patrimônio, receitas industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes recebidas e outras receitas correntes, deduzidas as transferências efetuadas aos Municípios em razão de preceito constitucional; Contribuição do Plano de Seguridade Social do Servidor; Valores de Compensação Financeira entre regimes de Previdência, de que trata a Lei Federal 9.796/1999; Dedução para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), criado pela Lei Federal 9.424/1996.

2.1 O subfinanciamento da Saúde como componente da judicialização

O problema do subfinanciamento da saúde pública no Brasil persiste e, apesar de sua evidente constatação, a carência de recursos para concretizar o direito fundamental prestacional à saúde tem-se configurado um problema cada vez maior.

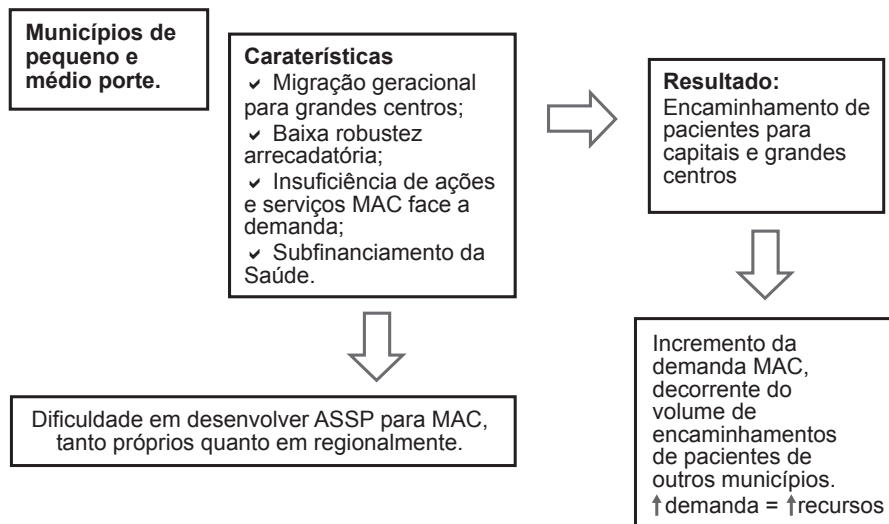
A relativa escassez de recursos para a política sanitária implica, entre outras questões, má qualidade da saúde estatal. Apontamos como relativa a escassez de recursos, pois Municípios de grande porte (minoridade dentro da nossa Federação) contam com uma estrutura de arrecadação de receitas próprias de maior robustez se comparada a Municípios médios e pequenos.

Nesse sentido, o subfinanciamento da Saúde torna-se mais perverso nos pequenos Municípios, ou seja, naquelas localidades cujas receitas próprias contribuem minimamente à execução da política pública.

Sob esse contexto, a disponibilidade de recursos financeiros desempenha um papel determinante dentro do SUS: Municípios de pequeno e médio porte encaminham seus munícipes para grandes centros ofertantes de ações e serviços em saúde – sabidamente capitais e centros regionais –, tornando essas pessoas SUS dependentes de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em outras cidades que não aquelas onde residem. Essa dinâmica de encaminhamento provoca um sério viés que, se não introduzido à análise da oferta e demanda em Saúde, pode criar cenários fictícios de formulação de políticas públicas, perpetuando a lógica justificativa de financiamento baseada nos atendimentos ou “demandas” SUS.

A situação descrita do viés do financiamento e a concentração de ASSP nas regiões/capitais mais abastadas podem ser visualizadas pelo esquema a seguir:

Figura 2 – Viés do financiamento sob a organização das Redes de Atenção do SUS



Fonte: Área Técnica da Saúde/CNM.

A situação deficitária de atendimento para média e alta complexidade (MAC) no país – consultas com alguns especialistas, exames clínicos e de imagem, diagnósticos, tratamento clínico e cirúrgico, reabilitação e leitos em Unidade de Terapia Intensiva – mostra-se nos números das demandas judiciais por procedimentos/internações hospitalares, especialmente nos Municípios de pequeno e médio porte. Nessas circunstâncias, evidenciam-se, de um lado, a magnitude de atendimento de alguns polos que apresentam serviços especializados que continuam desempenhando um papel crucial no recebimento de pacientes, encaminhados de Municípios menores para cuidado e recuperação da saúde.

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), considerando os estabelecimentos e os serviços de média e alta complexidade como nível de atenção, para o mês de setembro de 2015, foram encontrados dados que confirmam a situação narrada nos estudos.

De acordo com a Tabela 1, 3.850 Municípios que apresentam população com até 50 mil habitantes – portanto, de pequeno porte – possuem no máximo 19 serviços de média e/ou alta complexidade para atendimento à população. Esse número representa quase 70% do total de Municípios brasileiros.

Esse contingente de gestores municipais que governam Municípios menos populosos são cotidianamente constrangidos a, além de conviver com o subfinanciamento e o encaminhamento sistemático de munícipes para grandes centros, negociar e pactuar com gestores estaduais a disponibilização de vagas para a assistência de seus pacientes, como também estipular cotas, credenciar e controlar os serviços.

Tabela 1 – Classificação dos Municípios por porte populacional e serviços de MAC

Faixa Populacional (habitantes)	Quantidade		
	Municípios	Serviços	Máxima de Serviços
Até 10.000	1.247	776	6
Entre 10.001 e 20.000	1.226	1.745	9
Entre 20.001 e 50.000	1.377	4.191	19
Entre 50.001 e 100.000	1.082	8.443	49
Entre 100.001 e 200.000	340	7.445	101
Entre 200.001 e 500.000	213	11.469	212
Entre 500.001 e 1.000.000	69	12.700	502
Acima de 1.000.000	16	16.457	3.541
TOTAL BRASIL	5.570	63.226	

Fonte: Adaptado pelo Estudos Técnicos/CNM. DATASUS. CNES, setembro/2015

Em contraposição à situação caótica e complexa vivenciada pelos gestores de Municípios de pequeno porte, os dados do Cnes revelaram que 16 Municípios com população acima de 1.000.000 de habitantes, também conhecidos como grandes centros urbanos, possuem à sua disposição para ofertar mais de 3.500 serviços de média e/ou alta complexidade. Notadamente são esses centros que recepcionam os usuários do SUS encaminhados dos Municípios de pequeno e médio porte. Portanto, são eles que recebem do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde pelo atendimento prestado.

Municípios com grandes centros de estruturas e serviços de saúde que disponibilizam cuidados de média e alta complexidade atendem os pacientes encaminhados e recebem pelo atendimento prestado. No entanto, após essa demanda por MAC, o usuário, ao retornar para o Município de origem, tem continuidade ao cuidado em Saúde a partir dos serviços municipais.

Tais dados e contextos remetem à necessidade de, ao pensar em novas formas de financiamento da Saúde e de como esses recursos seriam distribuídos, leva-se em consideração que bem ocorreram algumas melhorias em torno da legislação do SUS no sentido da diminuição das desigualdades regionais. Contudo, ao mesmo tempo, o objetivo dessas normativas está longe de ser atingido: do que está posto, o financiamento do Sistema ainda guarda distorções que comprometem sobremaneira a gestão municipal (MENDES, LEITE E MARQUES, 2011). Aliado ao subfinanciamento histórico e ao desfinanciamento da Política Pública de Saúde promovido pela União e alguns Estados, adiciona-se o fenômeno da judicialização.

3. A judicialização da Saúde: discussão na ótica do Município

Partindo dos contextos de organização e financiamento do SUS face ao fenômeno da judicialização, a área técnica da Saúde da CNM entende que as **decisões judiciais, sistematicamente, colidem com o corpus legal que regulamenta as relações SUS**. É no cerne dessa contradição que se origina a reflexão da CNM a respeito da Judicialização da Saúde.

Como Entidade representativa do Ente municipalista, a CNM não poderia limitar-se à discussão, mas se vê obrigada a avançar alguns passos em direção de estratégias de diminuição da quantidade e tipo de ações judiciais na Saúde que tem como parte o Município.

O fenômeno da judicialização varia de Estado para Estado, ou seja, o tipo de demanda em saúde está associado às especificidades das RAS. Como parâmetro da judicialização, toma-se como base as decisões judiciais no Rio Grande do Sul, Estado que, até a atuação coordenada das várias instituições envolvidas com a judicialização – Sistemas de Justiça e Saúde e Municípios – ocupava o primeiro lugar nacional do *ranking* de ações.

Até 2012, esse Estado representava praticamente metade de todas as ações judiciais em Saúde no país, e, ao longo do tempo, a diminuição e a qualificação das demandas têm revertido esse histórico.

Assim, pela pesquisa das ações judiciais no TJRS⁸, tendo como palavra-chave “direito à saúde”, foi possível perceber que **são os Municípios os Entes mais condenados, individual ou solidariamente, respondendo, portanto**, financeiramente por essas ações.

Ao mesmo tempo, ao lançar um olhar sobre o objeto de pleito, torna-se notório que a maior **parte dessas demandas dizem respeito a medicamentos estratégicos e a procedimentos de média e alta complexidade, o que, via de regra, não compõem o campo de responsabilidade estabelecido ao Ente municipal**.

Foram encontradas 1.800 demandas que envolviam o tema “direito à saúde”. Desse número, foram extraídos para análise apenas as ações categorizadas pelo Assunto CNJ como sendo de “medicamento” e “medicamento e/ou procedimentos”. A partir desse recorte, chegou-se ao total de 1.438 ações.

Ao verificar parte das ações, o tipo de suporte para deferir ou indeferir a demanda contra o Município, foi possível perceber o recorrente uso do art. 196 da Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

As ações analisadas, na sua maioria, reconheciam o pedido da parte autora, condenando solidariamente Município e Estado. Nesse sentido, a figura a seguir exemplifica a argumentação e a interpretação da maioria das decisões analisadas:

⁸ Pesquisa no portal do TJRS, das decisões de segunda instância, tendo como termo de busca “direito à saúde”, no período de 1º a 31 de março de 2015.

Figura 3 – Levantamento portal do TJRS.

Quantidade e tipo de ação	Exemplo de sentença
Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento: 138.	<i>APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PÚBLICO. SAÚDE. TRATAMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. SAÚDE PÚBLICA. DEVER DO ESTADO. Nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, considerado lato sensu. (...) obrigação mantém-se mesmo na hipótese de os fármacos ou insumos não integrarem listas de competência dos entes públicos, uma vez que alegações de questões burocrático-administrativas, ou meramente de ordem econômica, não se sobrepõem à necessidade de garantir o direito fundamental ameaçado.</i> <i>Também não se exige o preenchimento dos requisitos elencados nos Protocolos Clínicos para a utilização dos medicamentos requeridos (...)basta que esteja comprovada a enfermidade do requerente, e que a medicação, tratamento ou insumo tenha sido devidamente prescrito pelo médico que trata o paciente. Os Protocolos do Ministério da Saúde, portanto, não podem ser usados como escusa para o ente público se isentar da obrigação constitucionalmente estabelecida (...).</i> Nro Themis: 70062927090
Tratamento Médico - Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos: 1300.	

Fonte: Área Técnica da Saúde da CNM.

Em outra pesquisa (BORGES & UGÁ, 2010), foram analisadas as decisões de primeira instância de ações em Saúde da Justiça Estadual do Rio de Janeiro. No texto, apontam-se como principal fundamento das decisões proferidas pela magistratura fluminense o art. 196 da Constituição Federal e a Lei 8.080/1990 no tocante ao direito Constitucional à Saúde.

[...] com argumentações no sentido de que é um direito constitucional do cidadão receber do Estado ações e serviços de saúde, incluindo-se nele o fornecimento de medicamentos. Ainda de acordo com as decisões, os Entes federativos são solidários no dever de fornecer medicamentos aos cidadãos e, ao decidir neste senti-

do, a descentralização – um dos princípios do SUS e um dos eixos da Política Nacional de Medicamentos – não é reconhecida pelo Poder Judiciário.

Ainda de acordo com a Súmula 65 do mesmo Tribunal, “deriva-se dos mandamentos dos arts. 6º e 196 da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/1990, a responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios, garantindo o fundamental direito à saúde e consequente antecipação da respectiva tutelada”⁹.

Para a CNM, as decisões que desconhecem as responsabilidades de cada Ente federado são sentenças que lançam um olhar para parte do conjunto de Leis. Esse tipo de interpretação silencia os arts. 30 e 198 da própria Constituição Federal – que tratam, entre outros princípios, da competência municipal e da descentralização da Saúde. Essas referências constitucionais são base para uma série de Leis Complementares e Decretos que regulamentam e organizam o funcionamento e o financiamento do SUS.

Art. 30, VII – Compete aos Municípios prestar, **com cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

É importante assinalar que o movimento de discussão das decisões que ferem o Ente municipal no tocante à Saúde não significa que a CNM tenha posicionamento contrário à garantia desse direito. Como representante dos Municípios, **a Confederação luta historicamente por melhorias nas condições de promoção, cuidado, organização e financiamento da Saúde**. Os pontos a serem tensionados são o silêncio e a inobservância das decisões de parte da magistratura perante o *corpus*

9 Disponível em: <<https://www.tjrj.jus.br/documents/10136/31404/servico-publico.pdf>>.

legislativo. Este entendimento da CNM sobre organização, financiamento e responsabilidades no âmbito da Saúde é ponto passivo de outras instituições, inclusive aquelas pertencentes ao próprio Sistema de Justiça.

Nesse sentido é interessante apontar a atuação do Núcleo de Defesa da Saúde (Nuds) da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS). Sabidamente, a Defensoria Pública é o órgão que recebe grande parte dos cidadãos que buscam, no ajuizamento, uma solução às demandas de saúde (VIEGAS et al. 2010; DINIZ, MACHADO & PENALVA, 2014), daí a importância do respeito à legislação do SUS.

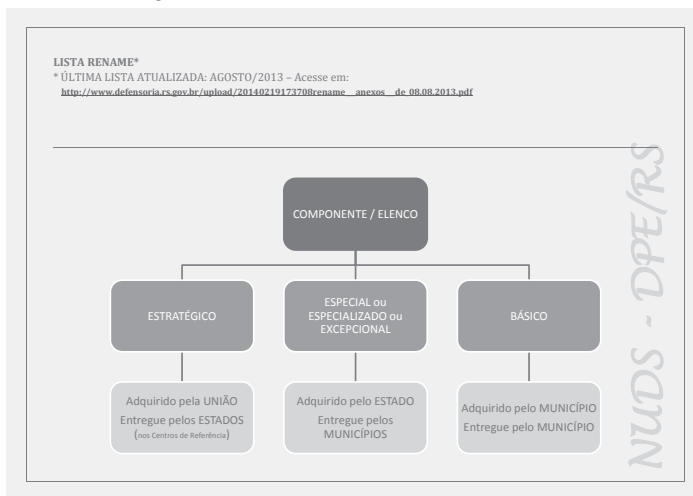
Pela atuação inicial da defensoria da capital gaúcha, foi mapeado o processo da demanda de medicamentos e, pelo reconhecimento da organização do SUS, chegou-se ao entendimento de que a maioria dos pedidos de ingresso das ações poderia ser acolhida e encerrada pela via administrativa.

Para tanto, a Defensoria reconheceu a responsabilidade de cada Ente e, partir desse momento, estabeleceu fluxos para atendimento dessas demandas sem a necessidade de ingresso da ação. Nos casos entendidos como passíveis de ajuizamento, a Defensoria Pública, em conjunto com os demais atores do Sistema de Justiça – magistrados e advogados – instituíram uma série de protocolos para melhor instruir as demandas.

Desde 2009, a DPE/RS, de Porto Alegre, mediante seu Núcleo de Defesa da Saúde, produz materiais para sensibilizar e capacitar seus pares. Com o mesmo objetivo, o Tribunal de Justiça do mesmo Estado também promove espaços de capacitação para funcionários e magistrados, no intuito de que esses colaboradores passem a compreender as especificidades do Sistema Único de Saúde, suas redes e organização.

Dessas ações do TJRS e da DPE/RS resultam materiais como a Figura 4, que integra uma cartilha amplamente divulgada a respeito da responsabilidade de financiamento e entrega de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde.

Figura 4 – Fluxo da assistência farmacêutica para fins de ajuizamento de ação no campo da Saúde



Fonte: NUDS – DPE/RS.

Fez-se questão de privilegiar o material da DPE/RS, sem adaptações, no intuito de legitimar a discussão a respeito das decisões judiciais que não observam as especificidades do SUS, julgando e condenando Municípios em questões que são de responsabilidade de Estados e da União.

Na mesma linha da DPE/RS, um estudo do Comitê Executivo RS do Fórum da Saúde do Conselho Nacional do Judiciário para Saúde (CNUJ)¹⁰, outro importante espaço de reflexão acerca da problemática da Judicialização, aponta que:

Os medicamentos passíveis de fornecimento gratuito pelo SUS são classificados, conforme legislação do Ministério da Saúde (Portarias), em componentes: Básico, Especial,

10 Parceiros da Ação: Famurs, MP/RS, DPE/RS, PGE/RS, Justiça Estadual/RS, SES/RS, DPU/RS, Justiça Federal/RS, SMS/POA-RS, CRF/RS, Simers, ANS/RS, MPF/RS, AGU/RS, Cremers, CES/RS, OAB/RS, AMRIGS, MS e CNM.

Especializado e Estratégico, de acordo com a esfera administrativa responsável pela respectiva aquisição". (FÓRUM DA SAÚDE DO CNJ, 2012, p. 63)

Ao longo dos últimos anos, o próprio Conselho Nacional de Justiça vem adotando sistematicamente entendimentos a respeito da atuação dos magistrados em temas da Saúde, no tocante, por exemplo, à responsabilidade solidária. Este último tem o seguinte enunciado:

Figura 5 – Enunciado sobre responsabilidade solidária dos Entes

60 – Saúde Pública - A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento.



Fonte: II Jornada de Direito à Saúde – enunciados aprovados. São Paulo, maio de 2015.

Esses materiais institucionais, que colocam em evidência a contradição de grande parte das decisões judiciais comunicadas à CNM pelos Municípios, têm o sentido de reforçar a discussão necessária a respeito da responsabilização do Ente municipal nas questões de Saúde.

Essa discussão não afasta a existência de problemas no financiamento e na gestão da Atenção Básica em Saúde, nem esquivia a responsabilidade dos Municípios nessa esfera. A cobrança pela superação dos desafios à efetivação da Rede de Atenção é legítima, mas a judicialização da Saúde nos patamares atuais torna essa gestão ainda mais deficitária e não equitativa.

Nas situações que está sendo discutido, o espectro que envolve sentenças em desfavor dos Municípios deve ser analisado, no mínimo, como uma penalização geral da população local, pois recaindo tais sentenças no Poder Executivo municipal, o montante financeiro retirado ao

cumprimento dessa deixará de ser investido nas ações e nos serviços de saúde previamente planejados e acordados com a comunidade.

Na prática, isso significa dizer que Conselhos de Saúde Municipais, Câmara de Vereadores e Executivo Municipal planejam e aprovam as ações e os recursos financeiros à Saúde, mas pela condenação equivocada do Ente municipal, essas deliberações locais poderão não ser executadas, dada a redução dos valores disponíveis à execução daquela política pública. Em resumo, esse círculo vicioso da judicialização leva ao desequilíbrio financeiro da Saúde local a curto e médio prazo.

Nesse círculo vicioso, tanto Estados quanto a União tenderão a continuar deficientes na garantia do direito à Saúde, sem serem devidamente tensionados quanto à obrigação de constituírem estratégias de resposta às demandas locais e regionais, dentro das especificidades das suas responsabilidades em termos organizativos e de financiamento.

O esvaziamento das finanças municipais via ações judiciais foi evidenciado pela pesquisa nacional sobre o tema realizado pela CNM em abril de 2015. Dos mais de quatro mil Municípios consultados, 53% enfrentavam ações em saúde. Em 78% dos casos, o objeto da demanda era o fornecimento de medicamentos. A maior dificuldade apontada para cumprimento das ações é a escassez de recursos financeiros.

A problemática da judicialização ocupa tamanha centralidade que 60% dos Municípios apontam a construção de medidas para evitar as ações, tendo no Ministério e na Defensoria Pública os principais atores para reversão dessa complexa situação. Nesse sentido, 90% dos consultados na pesquisa apoiam iniciativas da CNM de aproximação a outros órgãos para formulação de estratégias de diminuição da judicialização.

É nesse cenário que a CNM busca estabelecer diálogos e ações em torno da solução da judicialização da Saúde, seja pelo apoio técnico dado às prefeituras, seja pela aproximação da Confederação de experiências positivas de diminuição do fenômeno. Nesse sentido, ações

locais podem significar a diferença entre o fracasso ou sucesso da empreitada pela melhoria da situação.

A essência dessas estratégias municipalistas pode ser resumida pelos movimentos de aproximação com os agentes do Sistema Judiciário presentes na localidade e pelo mapeamento dos fluxos de trabalho e da informação da Saúde no Município. Algumas delas serão abordadas a seguir.

Perante as situações apontadas, claramente prejudiciais aos Municípios, a CNM propõe ações locais e regionais para diminuição e qualificação da judicialização da Saúde.

4. Medidas para diminuição da judicialização da Saúde

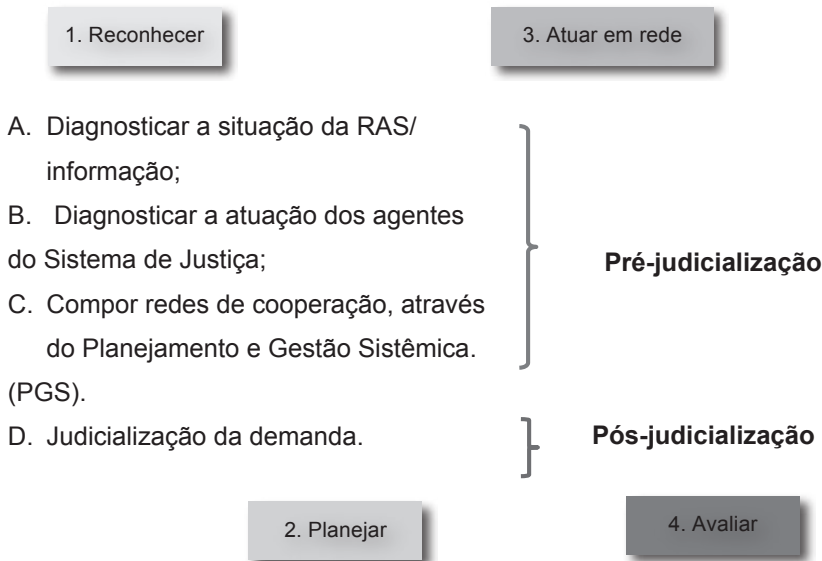
Basicamente, a área técnica da Saúde da CNM identificou situações que, em conjunto, resultam na diminuição da judicialização e melhoria dos processos de trabalho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local.

Salienta-se que, desses apontamentos, as experiências de sucesso das ações do Comitê Executivo de Saúde do Rio Grande do Sul¹¹ – da organização dos encontros aos workshops nas regionais de saúde do Estado – foram extremamente importantes. Os indicativos emanados dessa verdadeira Rede de Cooperação estabelecida podem ser aplicados tanto em Municípios que já apresentam ações na justiça sobre questões de Saúde quanto naqueles que queiram evitá-las.

As ações podem ser agrupadas em duas situações: medidas pré e pós-judicialização, como segue na Figura 6, logo abaixo. As ações específicas têm como norteadores: o reconhecimento da situação da RAS; o planejamento/readequação da Rede; a atuação em rede de cooperação com as entidades envolvidas na judicialização; e a avaliação das ações anteriores.

¹¹ O qual disponibiliza uma ampla gama de materiais no sentido de auxiliar na resolução e diminuição das ações na esfera da Saúde.

Figura 6 – Ações locais e etapas.



Fonte: Área técnica da Saúde/CNM.

a) Diagnosticar a situação de RAS/Informação

Esta fase das ações específicas – pertencente a ações de reconhecimento, em uma etapa pré-judicialização – diz respeito à necessidade do entendimento do que está acontecendo no Município em termos locais e regionais. Com relação à série de ações que serão abordadas a seguir, salienta-se que é necessário que trabalhadores concursados e Poder Executivo participem, ativamente, desses processos de diagnóstico.

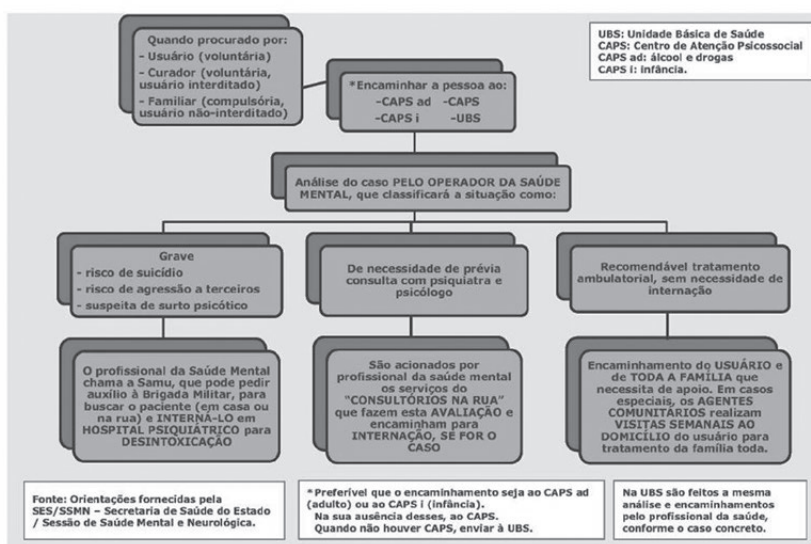
Alguns itens do diagnóstico são os seguintes

- Levantamento dos serviços e ações em saúde do Município e pactuações. Isso implica mapear¹² tipos de serviços, formação das equipes, condições de trabalho, população adscrita por serviço

¹² Sugerimos leitura do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.

e/ou equipe, desagregação da população (mulheres, homens, população idosa, adulta e infantojuvenil etc.), situação da farmácia municipal (equipe, sistema de informação, lista e frequência de compras e dispensação de medicamentos etc.). Nesta fase do diagnóstico também se faz imprescindível consultar a CIR e a CIB, assim como a Programação Pactuada e Integrada (PPI), no sentido de mapear os serviços que integram a RAS. Isso porque as demandas judiciais podem ser associadas a dificuldades nos serviços de média e alta complexidade pactuados em outras cidades, como hospitais regionais, por exemplo. Logo, o diagnóstico deve ser essencialmente regional.

Figura 7: Fluxo da DPE/RS e Prefeitura de Gravataí/ RS sobre cuidado e demandas em saúde mental.



Autoria: defensora pública Paula Pinto de Souza
Dirigente do Núcleo de Defesa da Saúde - Nuds-DPE/RS
Maio/2014

Fonte: NUDS – DPE/RS.

- Diagnosticar a gestão da informação interna Neste ponto a pergunta-foco do diagnóstico é: a informação está disponível e chega aos trabalhadores e aos usuários do SUS? Esse dado é importante para entender se as demandas judiciais são consequência, por exemplo, da ausência de informação precisa dos integrantes das equipes de saúde, assim como dos pacientes.

Uma situação que bem retrata essa ausência de gestão da informação é a prescrição, por profissional da Rede, de determinados medicamentos pelo nome comercial em vez de prescrevê-los pelo princípio ativo. Exemplificando: o caso da prescrição de aspirina, que é o nome comercial dado por um laboratório para o ácido acetilsalicílico (AAS). Assim, o gestor precisa difundir entre as equipes a prescrição correta dos medicamentos, assim como colocar à disposição desses profissionais a lista Rename. Assim como no caso dos profissionais de Saúde, os usuários do SUS também devem ser informados da existência de protocolos de cuidados e de medicamentos. Torna-se imprescindível que eles sejam informados dos processos de atenção à saúde e cuidado da Rede de Atenção à Saúde da qual o Município faz parte, assim como do pedido/obtenção de medicamentos via farmácia municipal. Nesse sentido o gestor deve questionar: o munícipe/usuário do SUS compreende o processo de referência e contrarreferência? Compreende a marcação de cirurgia eletiva? Compreende o processo administrativo para solicitação de medicamentos fora da lista básica? Se nesse diagnóstico evidencia-se a ausência da informação e de tal compreensão, o gestor deve promover ações de comunicação com todos os colaboradores, com o respectivo reflexo nos usuários dos serviços de saúde municipais.

- Diagnosticar os objetos das ações judiciais – Ainda em termos de informação, faz-se necessário que o gestor promova um levanta-

mento do histórico das demandas judiciais com o intuito de compreender quais objetos de ação judicial estão sendo acionados (medicamentos, transporte, leitos de UTI, tipos de procedimentos/cuidados), assim como conhecer os valores financeiros desse histórico de demandas.

Uma vez mapeados os serviços, diagnosticada a Rede e o perfil das demandas judiciais nas quais o Município é citado, o gestor terá em mãos informações necessárias para passar à segunda fase da construção da estratégia de diminuição da judicialização: conhecer os agentes do Sistema de Justiça que operam na Saúde.

b) Diagnosticar a atuação dos agentes do Sistema de Justiça

Este tópico permite a visualização dos agentes que atuam no ajuizamento/recebimento das demandas em Saúde. Nesse sentido, é possível compreender se, por exemplo, escritórios particulares agem em prol da judicialização ou se as demandas partem da Defensoria ou do Ministério Público (do Estado ou da União).

Os operadores a serem identificados podem ser resumidos em:

- Ministério Público Estadual;
- Secretaria Municipal da Saúde – secretário(a), farmacêutico(a) e corpo técnico;
- Defensoria Pública do Estado;
- Defensoria Pública da União;
- Ministério Público Federal;
- Magistratura Estadual;
- Magistratura Federal;
- Procuradoria do Estado;
- Procuradoria do Município;
- Advocacia-Geral da União;

- Coordenadoria Regional de Saúde;
- Conselho Municipal de Saúde;
- integrantes do sistema público de saúde (hospitais, unidades de saúde);
- OAB/RS;
- Conselhos das profissões.

A pesquisa para identificação e sistematização dos dados sobre os operadores do Sistema de Justiça devem ser realizadas por meio dos processos que se encontram com a Procuradoria Municipal.

Outro dado necessário que deve compor o diagnóstico de atuação do Sistema de Justiça refere-se à frequência e à permanência dos operadores na localidade. Como exemplo, a Defensoria Pública Estadual (DPE): nem todas as Comarcas nas quais o órgão atua possuem defensor(a) fixo. Essa situação da rotatividade de defensores, ou seja, de Comarcas que mudam/deslocam sistematicamente o profissional, pode acarretar mudanças significativas no entendimento e na atuação perante as demandas de Saúde. Da mesma forma, a troca/substituição de magistrados pode influenciar na diminuição ou no aumento das ações condenatórias contra o Município, dada a independência funcional do magistrado em proferir entendimento/sentença a partir da sua interpretação do *corpus* legal.

Neste processo de construção entre os Entes, é primordial que os diagnósticos indicados nos itens A e B estejam sistematizados, como forma de compreender as instituições envolvidas, o contexto da judicialização, os serviços, as equipes e as ações no local e na Rede de Saúde. Isso implica também reconhecer as falhas e os acertos da Saúde local no tocante ao atendimento à população.

c) Como formar a rede de cooperação local e regional

Um dos objetivos desta etapa é construir, em conjunto, estratégias de diminuição da judicialização. Sem a participação dos operadores do sistema judiciário (OSJ), o objetivo da diminuição torna-se mais desafiador. São essas instituições que os representantes do Município (Executivo, Legislativo, trabalhadores da Saúde/Assistência Social e Procuradoria Municipal) devem buscar posteriormente para estabelecer uma pauta conjunta.

Em todas as experiências mapeadas¹³ pela CNM no Estado do Rio Grande do Sul (nas cidades de Porto Alegre, Caxias do Sul, Canela, Erechim, Gravataí, Passo Fundo e Pelotas), assim como no Estado do Tocantins (na Comarca de Araguaína), é notório que os operadores do sistema de justiça detinham a compreensão da organização, do financiamento e das redes que compõem o SUS na sua localidade e região.

Essa compreensão significou dialogar com os agentes públicos em todos os níveis de complexidade do SUS, assim como, ao assumirem uma posição proativa em relação à judicialização, reencaminhar administrativamente as demandas de Saúde dos cidadãos para o Ente competente e, na impossibilidade de resolução administrativa da demanda, direcionar a ação judicial ao Ente federativo responsável: Município, Estado e União.

No Rio Grande do Sul, ocorreu uma convergência institucional que incluiu a capacitação dos funcionários e dos colaboradores dos magistrados – tanto de primeiro quanto de segundo grau – em uma ação inovadora da Corregedoria do Tribunal de Justiça.

Em Araguaína, mediante a atuação da juíza da Comarca, foi es-

13 O mapeamento ocorreu pela reunião presencial com os operadores do direito de cada localidade e pela participação em workshop nas instituições que compõem o Comitê Executivo da Saúde do CNJ no RS, na Corregedoria do TJRS e na organização da Famurs.

tabelecida uma rede de apoio às demandas para que essas tivessem uma solução pela via administrativa.

Dessa forma, o direito do cidadão-município-usuário do SUS está garantido com a melhoria dos processos da Saúde (Município) e a resolução da demanda pela via não judicial.

As experiências gaúcha e tocantinense repousam na formação de redes de cooperação, reduzindo e qualificando a judicialização.

A convergência no fenômeno da judicialização cumpre várias questões: atualmente, o Judiciário tem apresentado, como um dos objetivos funcionais, o estabelecimento de diálogos com a sociedade. Isso parte tanto de entendimentos estaduais como do próprio Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O mesmo intuito vale para as Defensorias e para o Ministério Público: dentro das instituições, são feitas reflexões a respeito, por exemplo, da utilidade e do sentido da contagem de ingresso de ações. Será que tudo que chega à Defensoria ou mesmo ao Ministério Público requer o ajuizamento para garantir/efetivar um determinado direito? Dependendo da situação, a resolução administrativa mostra-se efetiva.

Finalmente, os operadores do sistema de justiça reconhecem o crescente volume de trabalho processual em torno da judicialização. Dispêndio de tempo, de recursos e, muitas vezes, a falta de sentido de tanto trabalho permeiam o cotidiano desses órgãos.

Essa situação foi percebida pela Defensoria Pública da Comarca de Gravataí/RS, que reiteradamente ingressava com ações contra o Município solicitando internação compulsória de pessoas com problemas de saúde mental. Tanto a DPE quanto o Executivo municipal chegaram ao entendimento de que esse fluxo de ações não era benéfico para ninguém, muito menos para o município que procurava a Defensoria.

Assim, pela formação de uma rede de cooperação, a Prefeitura de Gravataí e a DPE local criaram um novo fluxo de acolhimento e dire-

cionamento das questões de Saúde no Município, reduzindo a judicialização, articulando a rede de atenção psicossocial e reduzindo drasticamente os gastos financeiros da prefeitura com ações judiciais de intimações compulsórias: **em dois anos de cooperação, o Executivo deixou de redirecionar as ações judiciais no montante de mais de R\$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais).**

Nesse sentido, a formação de redes de cooperação mostra-se uma estratégia efetiva, articulada na comunidade, no espaço político-administrativo do Município ou na região de saúde, e que envolve, de forma direta, os atores locais, tanto do Judiciário como do Executivo municipal.

Como formar a rede:

A formação da rede cooperação pode assumir diferentes nomes – comitê misto, comitê executivo, núcleo, colegiado – mas, na essência, mantêm o formato: um grupo de entidades que assume o compromisso de dialogar e agir em prol da diminuição da judicialização. Essa formação deve ter uma metodologia, um caminho a seguir para que de fato se consolide uma rede que possa dar encaminhamentos, ou seja, efetivar as discussões e determinações do colegiado. Basicamente, o “caminho” compreende:

- Escolher uma área geográfica de atuação e delimitar o ambiente para formar rede de cooperação
Escolher, por exemplo, o(s) Município(s)/Comarca(s)/Regional(is) de Saúde para desenvolver e aperfeiçoar as ações que evitem a judicialização. Promover diagnósticos situacionais das ações e dos serviços de saúde e o contexto da judicialização (A e B).

Lembre-se!

Seu Município pertence a uma Comarca que pode ser formada por mais de um Município.



Assim, pode ser que o entendimento de ações judiciais de Saúde por parte do(s) magistrado(s) em relação ao seu Município ocorram também nas demais localidades que compõem a Comarca. Por que não conversar sobre a judicialização da Saúde com os demais prefeitos vizinhos ou nas instâncias da CIR? A Política de Saúde deve ser pensada, formulada, articulada e executada tendo como norteador o sentido de região, de Rede de Atenção à Saúde

■ Fomentar a atuação interinstitucional

Consiste na aproximação, no diálogo entre instituições (público, privado e sociedade civil organizada) e da comunidade em geral. As ações para tanto podem ser realizadas pelo encaminhamento de ofícios, promoção de workshops institucionais e workshops interinstitucionais na região e microrregião, formalização de grupos de trabalho, confecção de manuais/cartilhas tanto internos (nas instituições de cada integrante) quanto coletivos (todas as entidades juntas), *blogs*, *site* e redes sociais, além da assinatura de termo de cooperação. Esta etapa tem como prisma:

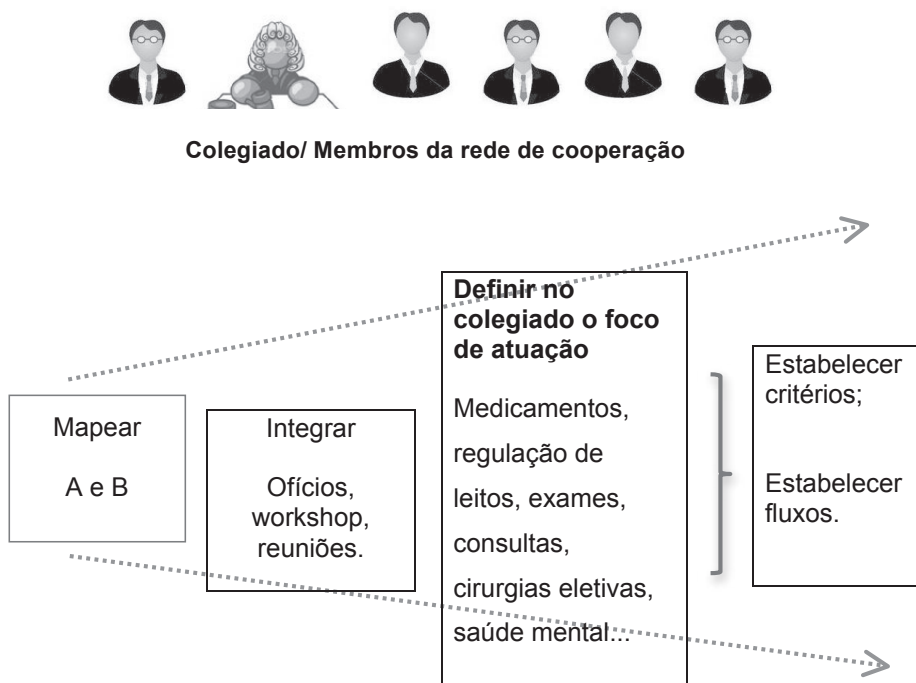
Objetivo	Meios
Conscientização dos participantes da rede de cooperação	Disponibilização de documentos para formação da rede

Em se estabelecendo convite formal e um canal de diálogo, o gestor municipal, com os dados (etapas A e B) em mãos, deve tornar compreensível aos participantes o funcionamento dos SUS, assim como as dificuldades – recursos humanos, recursos financeiros, condições de Saúde e outras questões. Neste ponto é interessante contar com a participação de trabalhadores da Saúde da Rede para dar maior legitimidade ao reconhecimento das especificidades do SUS. Da mesma forma que os gestores, os demais participantes colocarão sua percepção a respeito do fenômeno da judicialização. Este momento é importante para que cada instituição reconheça no que pode avançar – e no que já é realizado isoladamente por cada instituição – para diminuir e qualificar o fenômeno. Superadas essas colocações, e compreendendo o papel institucional de cada participante, o colegiado deve optar por focar os esforços de diminuição da judicialização. Nestes termos, é importante ressaltar que as defensorias públicas estaduais são a porta de entrada da maioria das demandas judiciais da Saúde. Assim, torna-se muito importante a participação dessa instituição desde o início da construção de diálogos entre o Ente municipal e os operadores do Sistema de Justiça.

- Escolher o Foco prioritário

No caso da judicialização da Saúde, o Ente local (ou regional) deve focar um tema, por exemplo, na rede de fornecimento de medicamentos. Para tanto, os dados do diagnóstico situacional (etapa A) são necessários. Se os Tribunais de Justiça – estadual e federal – sistematizarem os dados das decisões judiciais, esses podem se tornar de extrema importância, pois evidenciam a situação da judicialização em vários Municípios/Comarcas. Essa etapa encaminha a definição dos parâmetros de atuação para diminuir e qualificar a judicialização:

Figura 8 – Colegiado interinstitucional para questões de Saúde



Fonte: Área Técnica da Saúde/CNM.

Provavelmente, ao longo das reuniões e workshops, as instituições podem levar várias questões relacionadas a Política de Saúde: problemas de regulação de leitos, de transporte de pacientes para grandes centros, de dispensação de medicamentos, apontamento do tempo de espera por exames e agendamento com especialistas etc. Nesse sentido, o colegiado deverá focar qual problema/deficiência em Saúde receberá prioridade.

A determinação do foco de atuação do colegiado precisa do avanço dos operadores do Sistema de Justiça em reconhecer a organização, o funcionamento e o financiamento do SUS. Na experiência do Rio Grande do Sul, a respeito da definição do foco de atuação, afirma-se que:

[...] surgiu um entendimento de que os problemas na área somente poderiam ser enfrentados mediante a congregação dos órgãos envolvidos em torno de pontos convergentes, de forma a fomentar o diálogo por meio de um contato mais próximo entre seus integrantes. O projeto nasceu da certeza de que seria possível iniciar-se a construção de uma rede visando a área de saúde, mas que seria necessário eleger-se um assunto em que houvesse o maior número de concordâncias relativas à atuação dos órgãos.

Deliberando qual será o foco da judicialização da Saúde, o colegiado deve identificar quais as necessidades, quais as possibilidades e quais atividades/ações serão implementadas.

- Estabelecer e pactuar parâmetros de atuação

A pactuação de como cada entidade agirá de forma coordenada com o colegiado passa pelo prévio reconhecimento do papel de cada agente, da legislação do SUS, dos diagnósticos sugeridos anteriormente, ou seja, do conhecimento das questões locais e regionais de Saúde. Nesse aspecto, os parâmetros de atuação devem ser pauta constante e conversados ao longo das reuniões do colegiado.

Essa pactuação pode ser dada pela publicação de portaria, de manuais ou outros instrumentos que tornem claro o papel de cada entidade dentro do colegiado.

Esse entendimento beneficia todas as entidades participantes, inclusive em questões de Saúde entre elas. Um exemplo disso seria uma potencial demanda judicial do MP por ausência de medicamentos na farmácia do Estado e que, se levada ao Colegiado, pode ser discutida e solucionada administrativamente.

Em termos normativos, a assinatura de um Termo de Cooperação representaria o instrumento ideal de pactuação e do estabeleci-

mento da rede de cooperação. Pelo Termo, decisões, ações e parâmetros tendem a ser introjetados à atuação dos Entes, ou seja, tornam-se uma política institucional.

Supondo que a questão da judicialização de medicamentos seja o foco/objetivo do colegiado, algumas sugestões a serem definidas são:

- definir uma periodicidade para a realização das reuniões;
- identificar pessoas que ocupam cargos que são referência para o funcionamento do sistema da rede;
- realizar levantamento mensal da realidade do fornecimento de medicamentos no Município;
- sistematizar procedimentos a serem seguidos pelos integrantes da rede;
- disponibilizar ao usuário, em uma única consulta, todos os documentos necessários para obtenção do medicamento constante nas listas da assistência farmacêutica;
- padronizar o formulário de laudo médico nos casos de prescrição de medicamento não fornecido pelo SUS;
- exigir documento de comprovação da negativa de fornecimento no âmbito administrativo;
- estabelecer objetivos e meios para avaliação da atuação do Colegiado;
- avaliar se ocorre a diminuição/qualificação das ações judiciais em Saúde.

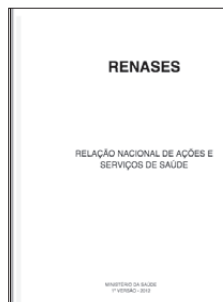
O colegiado pode deliberar e estabelecer que usuários do SUS, trabalhadores da Saúde e operadores do sistema de justiça

devam ter acesso e sejam capacitados a respeito das listas Renases¹⁴ (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e Rename¹⁵ (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

Figura 9 – Listas Rename e Renases



Fonte: Portal Saúde do Governo Federal



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A Renases, conforme prevista no Decreto 7.508/2011, é a relação de todas as ações e serviços públicos que o SUS garante para a população, no âmbito do SUS, com a finalidade de atender a integralidade da assistência à saúde. A Rename disponibiliza a lista dos medicamentos necessários ao atendimento da população, de acordo com as prescrições realizadas no âmbito do SUS por um profissional integrante de seus quadros.

As listas são instrumentos importantíssimos da gestão do cuidado em saúde. Se não for possível disponibilizar uma listagem completa, sugere-se ao Município disponibilizá-la em local público e de fácil visualização, assim como uma lista reduzida de medicamentos e procedimentos para entregá-la em mãos aos usuários

14 Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>>. Verificar Portaria MS/GM Nro. 841/2012.

15 Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>>. Verificar Portaria MS/GM 01/2015.

que frequentam as Unidades Básicas – de Saúde e de Assistência Social – e das farmácias municipais.

Para auxiliar gestores municipais e operadores do Sistema de Justiça a definir quais instrumentos serão utilizados para estabelecer parâmetros de como a rede de cooperação agirá, estão disponíveis para download no Portal da CNM, dentre outros materiais sobre a Judicialização, materiais da DPE de Gravataí/RS em conjunto com a prefeitura daquela localidade e a Cartilha de “Ação e Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde”, resultado da atuação do Comitê Executivo RS, Fórum da Saúde – CNJ.

Figura 10 – Publicação “Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde”



Fonte: Portal CNM.

O Termo de Cooperação da DPE, trata de parâmetros e fluxos para diminuir e qualificar as ações de internação compulsória.

Já a cartilha trata dos documentos necessários para que, uma vez esgotada a via administrativa, a demanda em Saúde possa ser devidamente instruída, de forma a qualificar o processo, torná-lo ágil e indicar o Ente responsável pelo financiamento e pela execução da demanda.

Fluxos e parâmetros similares podem ser construídos em conjunto e estabelecidos para outro tipo de demanda em Saúde: transporte, procedimentos especiais e saúde mental.

- Ações que ajudam na diminuição da judicialização

Da mesma forma é preciso tornar claro ao usuário quais profissionais da Saúde tem capacitação para atender a determinadas demandas. Pelos relatos que chegaram para a Área Técnica da CNM, não é comum a exigência por atendimento médico quando, pelo Código Brasileiro de Ocupações, profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, psicologia e outros podem realizar ações de promoção e cuidado sem prejuízo das condições de saúde. Tão importante quanto informar ao público é a compreensão dos trabalhadores e colaboradores acerca das responsabilidades do Município perante a Política Pública de Saúde. Nesse sentido e em virtude da judicialização, o Ente municipal deve se perguntar: os trabalhadores sabem o que é de competência do Município, do Estado e da União em termos de medicamentos e ações? Sabem como se organiza a RAS no território? O Município atualiza seus colaboradores a respeito das pactuações junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB)? A compreensão do sistema e das responsabilidades locais e regionais deve se dar por parte de todas as categorias e funções envolvidas: desde a recepção dos serviços (geralmente administrativos) até os componentes das equipes de

saúde. Se a resposta às questões acima remeter à insuficiência, ações de capacitação devem ser empreendidas. A Procuradoria Municipal, mesmo não atuando diretamente na Saúde, guarda papel importantíssimo nos aspectos da judicialização. Esses profissionais do direito precisam manter contato e estabelecer fluxos de encontro com os trabalhadores da Saúde do Município, como forma de atualização dos processos de cuidado, funcionamento da RAS e da publicação de portarias e decretos do SUS. Com relação a melhorias das condições para redução da judicialização, a existência ou a implantação de um sistema de controle de prontuários, medicamentos, transporte e outros é uma medida importante para registro do “percurso” do usuário dos serviços de Saúde e detecção de gargalos de atendimento/dispensação. Nos casos em que ocorra a abertura de ação contra o Município, esses registros de sistema tornam-se em poderosas ferramentas de auxílio numa provável contestação processual.

Fechando o círculo virtuoso da rede de cooperação: avaliação das ações

No início da atual publicação foi apresentado um esquema (Figura 6) que resume as ações necessárias para promover redes de cooperação e chegar ao objetivo de diminuir e qualificar a judicialização da Saúde.

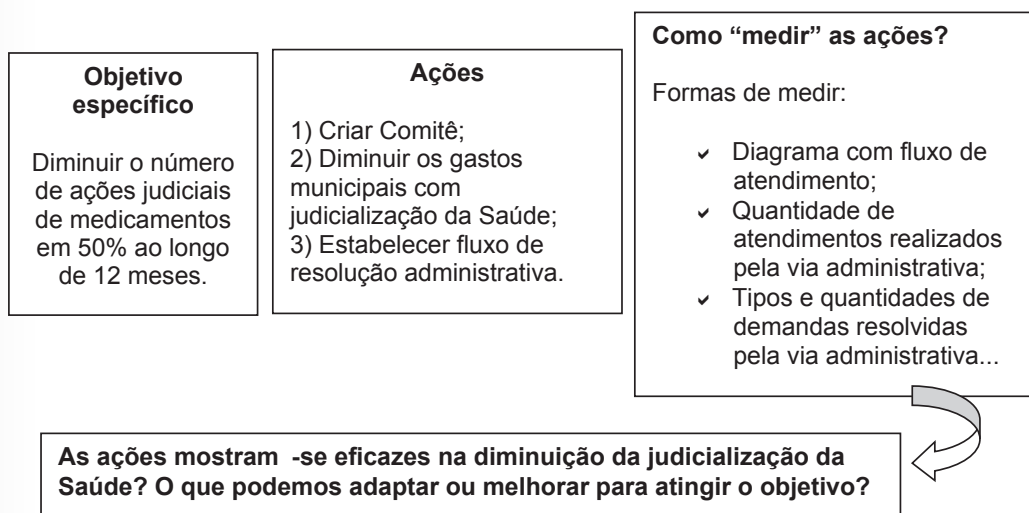
O último item da proposta diz respeito à avaliação: superadas as etapas do reconhecimento, planejamento e estabelecida a atuação em rede, resta ao colegiado desenvolver instrumentos de avaliação.

Avaliar consiste em comparar um feito ou fenômeno com um modelo, padrão ou conjunto de valores e determinar a menor ou maior adequação entre o observado e o dito modelo. Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault (1997, p. 31) sugerem que seria um ato de “vaidade”

propor uma definição universal e absoluta da avaliação. Avaliar consistiria fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A avaliação pode ser feita com diferentes focos, métodos e metodologias. No caso específico das ações do Colegiado e seus desdobramentos (efetividade), sugere-se que se realizem avaliações sobre os objetivos do colegiado. Como exemplo, podemos utilizar:

Figura 11 – Esquema de avaliação.



Fonte: Área Técnica de Saúde – CNM.

No caso das avaliações dos objetivos do Comitê, em especial no tocante à diminuição e/ou qualificação da judicialização da Saúde, seria muito importante **incluir a percepção dos usuários do SUS** que, uma vez atendida a sua necessidade de Saúde pela via administrativa, transformam-se em potenciais multiplicadores da resolução não judicial.

d) Medidas após a judicialização da demanda em Saúde

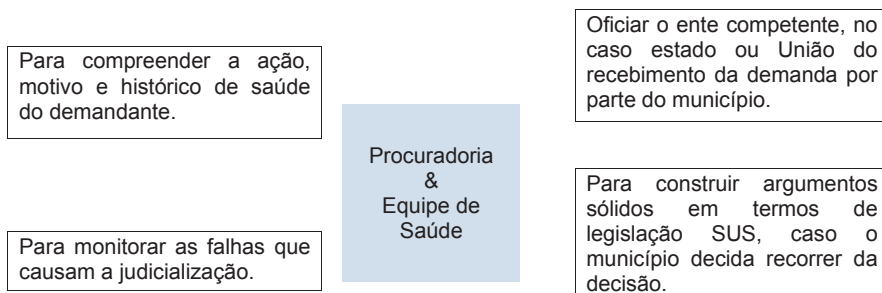
As medidas que serão descritas a seguir não excluem a necessidade de o Município diagnosticar e agir, em conjunto com outras entidades, em prol da diminuição das ações na justiça.

À margem da emergência da adoção de estratégias para diminuir e qualificar a judicialização, faz-se necessário evidenciar que, uma vez emitido julgamento pela esfera judicial competente, não há discussão quanto ao cumprimento da ordem.

Nesse aspecto, a CNM é categórica: **decisão judicial tem de ser prioridade por parte do Ente municipal**. Perante uma decisão entendida como contrária ao Município, adotam-se os meios processuais de contestação sem prejuízo ao cumprimento da sentença e dentro dos parâmetros legais.

Nesta seção deste documento são lançadas algumas ideias que têm como foco estabelecer fluxos de trabalho entre os Procuradores Municipais e da Saúde, sob pena de não tornar claro aos AJIs envolvidos no rito processual as ações e responsabilidades do Município perante o Sistema Judiciário. Os fluxos têm os seguintes sentidos:

Figura 12 – Ações conjuntas entre Saúde e Procuradoria Municipal.



Fonte: Área Técnica de Saúde – CNM

Ao promover a análise processual conjunta (Procuradoria e Saúde), o Município tem condições de compreender se cabe ou não recur-

so. Perante a judicialização, a construção de argumentos e compilação legislativa sobre o SUS, necessária ao processo de defesa do Município, torna-se ainda mais importante o reconhecimento e a apropriação do percurso do usuário-SUS-demandante dentro da RAS municipal e regional.

Esse reconhecimento passa pela obtenção dos registros de saúde (histórico de consultas, encaminhamentos, retirada de medicamentos, adesão aos tratamentos etc.). Sem esse histórico, as particularidades do atendimento desse munícipe serão escassas e, conseqüentemente, a argumentação da Procuradoria Municipal pode tornar-se vazia em termos de fatos a favor da comprovação das ações em Saúde do Município.

Em termos de **demandas por medicamentos**, não é incomum surgirem ações judiciais nas quais acusa-se a ausência de uma determinada marca de medicamento que, na verdade, encontra seu similar na farmácia municipal, mas, sob denominação genérica ou princípio ativo. Essas peculiaridades precisam do olhar conjunto da Procuradoria e da Secretaria Municipal de Saúde.

Em se tratando de uma demanda **por procedimento/internação em saúde mental**, entendida pela área municipal da Saúde como improcedente, a Procuradoria pode lançar mão de estudos epidemiológicos e revisões sistemáticas¹⁶, a fim de agrupar publicações científicas válidas como forma de suporte à defesa processual.

Outra demanda comum é a **exigência de marcação de cirurgias**. Para esses casos, uma argumentação plausível é indicar uma junta médica para avaliar a real necessidade ou urgência desse procedimento. Para os Municípios que se localizam em regiões com cursos de medicina, a sugestão é encaminhar essa avaliação para professores especialistas. Da mesma forma, a Procuradoria Municipal deve estar atenta

16 Revisões Sistemáticas é um estudo secundário que tem por objetivo reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente. Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade, é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica (Atallah, 1998).

ao número do registro médico (CRM) do profissional que endossa a intervenção cirúrgica, pois podem ocorrer situações em que um mesmo grupo, por interesses econômicos, seja responsável pela judicialização de uma série de laudos e pedidos urgentes em diversos processos.

Paralelamente à confecção do recurso processual, a Procuradoria deve oficiar¹⁷ o Ente competente (Estado ou União) sobre a demanda que o Município enfrenta (medicamento/procedimento), com as justificativas gerais – constitucionais, infraconstitucionais e documentos da Comissão Intergestores Bipartite/Tripartite (CIB/CIT) – solicitando o atendimento do serviço ou a ação em Saúde demandado, o mais brevemente possível. Esse comunicado também pode ser usado para solicitar uma reunião com o objetivo de que Estado ou União qualifiquem seus serviços ou ações e que passem a ofertar o objeto da demanda judicial.

Em todo o processo de estratégias pós-judicialização, os diagnósticos da RAS, da gestão da informação e do contexto do Sistema de Justiça sugeridos nos itens A e B, podem servir de suporte à defesa do Ente municipal. A disponibilização, na peça processual, de fragmentos das listas Rename ou Renases, que digam respeito à demanda judicializada, também é sugerida, assim como comprovante de solicitação do medicamento/procedimento (quando for o caso de baixos estoques/reposição) remetido à União ou Estado.

Finalmente, salienta-se a necessidade de manter registro e informar a Procuradoria das pactuações em Saúde (sejam elas via CIR, CIB e/ou COAP¹⁸). Esses registros e a série legislativa sobre a organização e o financiamento do SUS são de extrema utilidade processual. Os do-

17 Para que estes medicamentos sejam dispensados é necessário que seja aberto um Processo Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde, entregando toda a documentação relacionada abaixo. Fonte: SES/RS.

18 Contrato Organizativo de Ações Públicas, no tocante à Saúde, são assinados, estabelecendo direitos e deveres regionais a respeito da organização, financiamento e responsabilidade de Estado e Municípios ao longo das RAS (MS, 2011).

cumentos básicos¹⁹ que devem permear a construção do recurso da demanda judicializada são:

Tabela 2 – Recomendação de legislação SUS e Constitucional.

Título ou nome do texto legal	Utilidade dentro do fenômeno da judicialização da Saúde
Constituição Federal de 1988	Carta Magna, da qual mana o Direito à Saúde como Direito à Vida. Atentar para os Art. 196, 198, que tratam do Direito à Saúde e da cooperação técnica e financeira entre União, Distrito Federal, Estados e Municípios no tocante à Saúde.
Lei 8.080/90	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 8.142/ 90	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
NOB-SUS/96	Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.
Lei 10.216/2001 (Reforma Psiquiátrica)	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria 373/ 2002 que institui a NOAS/ SUS 01/2002	Explicita as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais no tocante à Saúde.

19 Os documentos acima elencados têm seus links relacionados nas referências deste documento.

Título ou nome do texto legal	Utilidade dentro do fenômeno da judicialização da Saúde
Portaria MS/ GM 204/ 2007	Regulamento o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento.
Plano Nacional de Saúde (2012-2015)	Orienta a gestão federal para o triênio 2012-2015.
Lei 12.466/ 2011 (institui legitimidade às representações CONASS e CONASEMS)	Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.
Portaria 2488/ 2011	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).
Decreto 7508/ 2011	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.

Título ou nome do texto legal	Utilidade dentro do fenômeno da judicialização da Saúde
Resolução MS/ GM Nro. 4/ 2012	Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
Portaria 3390/2013	Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Portaria MS/ GM 1.555/ 2013	Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Listas RENAME – Portaria MS/ GM 01/2015	Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
Lista RENASES – Portaria MS/ GM 841/2012	Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) providências.

Título ou nome do texto legal	Utilidade dentro do fenômeno da judicialização da Saúde
Estudo do Ministério da Saúde sobre Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização (link nas	Atualiza os profissionais farmacêuticos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), como subsídio às práticas dos serviços de Assistência Farmacêutica.
Documentos das pactuações CIR, CIB (junto à Secretaria Estadual de Saúde)	Tem por finalidade verificar as pactuações, organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, entre estados e municípios. As publicações da CIB devem constar no <i>site</i> da SES de cada estado.
Plano Municipal de Saúde (no tocante a demanda judicializada, por exemplo, da oferta de serviços e profissionais de saúde mental, no caso de demandas por tratamentos ou internações)	O Plano Municipal de Saúde é obrigatório perante a legislação, que o exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS 01/96. Nele consta o planejamento do Município em relação a suas ações e serviços, além de projetá-los num período de tempo futuro. No PMS constam também os serviços pactuados com demais entes, financiamento e diretrizes de atendimento.
Repasse do Fundo Nacional de Saúde por Bloco (pelo <i>site</i> do Fundo Nacional de Saúde ou da Sala de Apoio à Gestão Estratégica-SAGE)	Dentro da formação de rede de cooperação operante uma demanda judicial, os dados dos valores, datas e tipos de repasse podem ser um instrumento de compreensão da gestão da Saúde local.

Título ou nome do texto legal	Utilidade dentro do fenômeno da judicialização da Saúde
Nro de registro do munícipe no Sistema Único de Saúde (cartão SUS)	Dado básico para identificar se o munícipe está ou não referenciado na rede de atenção à saúde.
Histórico de frequência do munícipe-usuário no SUS	Informação importante para compreender, por exemplo, a frequência de retirada de medicamentos na farmácia municipal ou o prévio encaminhamento a determinados exames, sem o retorno do munícipe para avaliação.
Histórico do munícipe-usuário na rede de Assistência Social	Informação importante para compreender, por exemplo, a situação de vulnerabilidade social ou ainda, do acesso a determinados cuidados garantidos pela Assistência.
Instruções e recomendações CNJ sobre judicialização da Saúde	Esse material editado pelo CNJ representa um importante instrumento para demonstrar que, já existem recomendações de Conselhos Superiores a respeito, por exemplo, da responsabilidade de cada ente federado a respeito do financiamento e disponibilização de medicamentos, exames, procedimentos, etc.
Publicações da Associação Nacional de Defensorias Públicas (ANADep) e das respectivas Defensorias estaduais.	Como exemplo dessas publicações temos no atual estudo, materiais da DPE/RS sobre responsabilidades dos entes federativos perante a judicialização de medicamentos.

Fonte: Área Técnica de Saúde da CNM.

É necessário ainda estar atento às especificidades de cada caso. Para tanto, sugere-se a pesquisa documental no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil)²⁰. Nela são encontrados desde documentos oficiais até pesquisas clínicas que, em conjunto, podem dar maior credibilidade e fundamentação ao recurso da Procuradoria Municipal.

Estes mesmos documentos podem ser utilizados nas reuniões com os ASJ para compreensão e reconhecimento da organização e financiamento do SUS.

20 *Site*: <http://brasil.bvs.br/>

5. Experiências nacionais de diminuição e qualificação da judicialização da Saúde

Como forma de complementar o atual estudo, a CNM solicitou uma série de dados a todas as Defensorias Públicas estaduais do país.

Como apontado anteriormente, as Defensorias estaduais costumam ser porta de ingresso das demandas em Saúde. A partir das respostas das Defensorias estaduais, foi possível mapear a situação das ações em Saúde em algumas delas, bem como reconhecer aquelas que possuem estratégias de diminuição e qualificação da judicialização.

A partir de então, foram obtidas respostas das Defensorias dos seguintes Estados: Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe.

Além dessas experiências, destacaram-se as abordagens conjuntas entre Judiciário e Município na Comarca de Araguaína/TO, a qual, em conjunto com a prefeitura local e a Secretaria Estadual da Saúde, tem qualificado os processos de resolução de demandas judiciais e atendido com maior presteza a população.

Do Estado de Minas Gerais, há a experiência da Associação de Municípios Mineiros (AMM), entidade que passou a integrar o Comitê Executivo da Saúde do CNJ naquele Estado, participando ativamente do colegiado e levando aos Operadores do Sistema de Justiça a visão do movimento municipalista, suas aflições e estratégias de solução ao fenômeno da judicialização da Saúde.

Em termos dos pontos organizativos da Saúde regional e estadual, também foi considerada positiva e de sucesso junto aos Municípios a

estratégia promovida pela 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (15ª CIR/RS), com sede no Município de Palmeira das Missões, no noroeste gaúcho.

Tais iniciativas são de suma importância, pois demonstram que, ano a ano, os operadores do Poder Judiciário compreendem e passam a adotar nas suas ações e decisões o *corpus* legal do SUS.

5.1 As experiências das Defensorias Públicas Estaduais

■ Defensoria Pública do Estado de Alagoas

Ofício Nro. DPE/GAB nº 391/2015

Relata que, em 2014, dos 3.958 atendimentos, apenas 800 foram ajuizados. Desse quantitativo, 311 foram contra o Município de Maceió/AL. A Defensoria possui Núcleo da Saúde que apresenta resolutividade de demandas pela via administrativa.

■ Defensoria do Estado do Amazonas

Ofício Nro. 0450/2015-GDPG-DPE/AM

Atuante desde 2014, conta com a presença de defensores públicos em 52 Municípios. Apresenta demandas judiciais de Saúde em 7 Comarcas, totalizando 63 ações (até agosto de 2015). Dessas, em 6 ações o Município foi acionado individualmente e em 2 conjuntamente com o Estado. A principal motivação das ações foram medicamentos, marcação de cirurgias, exames, tratamentos médicos e cuidados em casa. Todas solicitavam tutela antecipada. Indica que não promoveu capacitação sobre a legislação do SUS para seus colaboradores. Mesmo assim, antes de ingressar com a ação, utiliza a citação via ofício para “realização de audiência junto aos representantes da municipalidade a fim de solucionar o conflito sem interferência do Judiciário”.

■ Defensoria Pública do Estado da Bahia

Processo Nro. 1224150043165

Relata que, para o Município de Salvador/BA, já existe em funcionamento um observatório na área de tutela à saúde pública. No ano de 2014, foram ajuizados contra o Município 147 ações contra o Ente e 18 em solidariedade com o Estado. No tocante ao tipo de demanda contra o Município, sobressaem-se aquelas pertinentes a medicamentos, cirurgias e cirurgias com utilização de próteses. Os dados a respeito do fenômeno da judicialização da Saúde para os anos de 2014 e parte de 2015 foram detalhados pela DPE/BA. Nesse sentido, transferências hospitalares, cirurgias, medicamentos, insumos e material médico apresentaram grau de judicialização maior que o da resolução administrativa. A situação mais emblemática diz respeito ao ajuizamento das transferências hospitalares: das 514 demandas, 510 foram ajuizadas.

Em agosto de 2015, em parceria com a Escola Superior da Defensoria, foi realizado um curso de capacitação sobre o SUS, tendo como público principal defensores, funcionários dos setores administrativos e estagiários.

Ainda com relação ao ano de 2015, a DPE/BA afirma estar inserida na discussão e na construção de uma Câmara de Conciliação de Saúde, estrutura que congregaria com os demais operadores do Sistema de Justiça.

Com relação à solução administrativa das demandas em Saúde, a Defensoria indica possuir, na capital, funcionária específica para promoção do primeiro atendimento. Nas ações para diminuição e qualificação das demandas judiciais em Saúde, a DPE/BA estabeleceu Grupo de Trabalho com os defensores do interior e disponibilizou um *e-mail* institucional para coleta de iniciativas.

- Defensoria Pública do Estado do Ceará

Ofício Nro. 12/2016/DPGE/GAB

Relata que a atuação da Defensoria se dá em apenas 47 localidades, com atuação direta em 26 delas. Quanto ao questionamento da CNM a respeito da quantidade de ações ajuizadas em desfavor dos Municípios, a DEP/CE informa que não é possível verificar tal especificidade, mas afirma que em todas as ações encaminhadas via Defensoria é solicitada a antecipação de tutela.

Informa que desde 2013 possui Núcleo da Saúde (Nudesa) na capital, no qual foram ajuizadas, em 2013, o total de 728 ações em desfavor do Município de Fortaleza/CE. Já em 2014 o montante chegou a 1.955, sendo 298 contra o Município. Esclarece ainda que a Defensoria “possui fluxos que priorizam a solução extrajudicial por meio das Secretarias da Saúde de Fortaleza e do Ceará”. Sobre a capacitação dos defensores a respeito da legislação inerente à Saúde, são realizados semestralmente cursos de capacitação na Comarcas de Sobral e Fortaleza. Da mesma forma, na Escola Superior da Defensoria Pública foram realizados quatro cursos no interior e na capital, todos com a ajuda do Nudesa.

- Defensoria do Estado do Maranhão

Ofício Nro. 0091/2015-CGDPE

A instituição relata preparar os futuros defensores na temática do Direito à Saúde, sendo essa matéria de caráter obrigatório. Afirma ainda ser “prática corriqueira em todos os núcleos de atuação da Defensoria Pública, na capital e interior, procurar a solução extrajudicial da demanda”.

A instituição possui um Núcleo Psicossocial, o qual articula-se administrativamente com as esferas federais, estaduais e municí-

pais na perspectiva de solucionar os conflitos de forma mais rápida e eficaz.

- Defensoria Pública do Estado do Piauí

Ofício Nro. GDPG 014/2016

No comunicado à CNM, a instituição não indicou o número de ações ajuizadas em desfavor de Municípios. Cita que das 24 Comarcas consultadas, apenas Floriano, São Raimundo Nonato, Campo Maior, Bom Jesus e Castelo do Piauí responderam às solicitações da Diretoria da DPE/PI.

A antecipação de tutela aparece em todas as demandas ajuizadas entre os anos de 2012 e 2014. No ofício, não aponta a existência de Núcleo da Saúde.

- Defensoria do Estado de Rio Grande do Norte

Ofício Nro. 184/2015

Com Núcleo de Saúde em Natal/RN desde 2014, o qual faz parte de um programa maior chamado “O SUS Mediador”, com atuação também no Comitê Estadual de Saúde do CNJ, ou seja, com outros atores do Sistema de Justiça e sociedade.

A Defensoria atua com atividades de extensão e seminários sobre Direito à Saúde. Nesse sentido, o relato daquela instituição mostra que está formada uma rede de cooperação, nas ações judiciais em Saúde para o Município de Natal.

Além dessas atividades, por duas vezes a Defensoria reuniu funcionários e colaboradores para expor e discutir as atividades do Programa “O SUS Mediador”. Os números do ajuizamento de ações contra o Estado e contra o Município de Natal nos anos de 2012, 2013 e 2014, foram de 214, 221 e 200, respectivamente.

- Defensoria do Estado de Rio Grande do Sul

Desde 2009, a defensoria estadual possui o Núcleo de Defesa da Saúde – Nuds. Com outras entidades compõe o Comitê Executivo da Saúde no RS do CNJ. Nos contatos realizados desde 2015, a Defensoria relata ter diminuído em 80% os casos judicializados, conseguindo, na maioria das vezes, o reencaminhamento para a Rede de Atenção via contato com o Ente municipal ou Técnicos da Assistência Farmacêutica.

Essa Defensoria também participa das capacitações de técnicos de cartórios, juízes e desembargadores a respeito do funcionamento, do financiamento e da organização do SUS.

Essa articulação, liderada pela Corregedoria do Tribunal de Justiça do RS, possibilitou, ao longo do primeiro semestre de 2015, a capacitação presencial e, via EAD, de mais de 200 pessoas, dentre elas magistrados e funcionários.

Além das ações desenvolvidas pela DEP/RS na capital – onde está estabelecido o Nuds – cidades do interior, como Pelotas, Caxias do Sul, Gramado, Passo Fundo, Gravataí e Erechim, já implementaram, com sucesso, estratégias de diminuição e qualificação da judicialização da Saúde. A Queda da judicialização chega a 87%, ou seja, de 100 prováveis ajuizamentos, a DEP/RS resolve, pela atuação em rede de cooperação com Município e Estado, 87 demandas pela via não judicial.

- Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Sem número de ofício.

Relata uma média de 50 ações judicializadas na capital, entre os anos de 2012 e 2014.

Dentre as iniciativas para diminuição e qualificação da judicialização da Saúde, a Unidade da Defensoria Pública de Guarulhos

possui um termo de cooperação com o Município, para resolução administrativa das demandas em Saúde. Além dessa iniciativa, a DEP/SP participa do Comitê Estadual de Monitoramento e Resolução das Demandas da Assistência à Saúde, coordenado por Magistrado designado pelo TJSP e composto por Agentes do Sistema de Justiça, além das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Estado e da cidade de São Paulo/SP.

O Comitê tem por objetivo monitorar as ações referentes ao SUS, propor medidas e normativas para otimizar rotinas processuais e a prevenção de conflitos nessa área.

No Município da Capital, a partir de um Termo de Cooperação Técnica – envolvendo Estado, Tribunal e Escola Paulista da Magistratura – foi implantado um projeto chamado “Triagem Farmacêutica no Juizado Especial da Fazenda Pública de São Paulo”, que visa proporcionar maior eficiência na solução de demandas que envolvam a busca por medicamentos e assistência à saúde. Trata-se do envolvimento direto de farmacêuticos na análise da documentação levada ao Juizado Especial da Fazenda Pública, uma espécie de triagem, em local próximo ao Cartório, em um posto da Secretaria Estadual da Saúde.

Assim, a documentação é analisada e o possível demandante tem suas dúvidas esclarecidas. Em muitos casos esse esclarecimento refere-se ao encaminhamento para serviços municipais – quando se trata, por exemplo, de busca pelo Direito à Saúde de medicamentos da lista básica. Desse mesmo Termo surge a possibilidade de disponibilizar informações técnicas ao Juízo de causa que envolvam o tema.

Os custos do projeto são absorvidos pelo Tribunal de Justiça e os recursos humanos específicos da área são técnicos da Secretaria Estadual de Saúde e de servidores da Justiça.

- Defensoria do Estado de Sergipe

Ofício Nro. GDPG 268/2015

Possui Núcleo da Saúde (Nudese), atuante desde 2015, tendo no mesmo ano solicitado o engajamento da Secretaria Estadual de Saúde para a criação de uma central prévia de solução administrativa dos conflitos atinentes às tutelas de saúde. A partir da atuação do Nudese, a Defensoria registrou apenas 17 ajuizamentos²¹. Nos anos anteriores, a maioria dos ajuizamentos da Saúde tinham os Municípios como parte solidária, sem pormenorizar aqueles que concediam liminarmente a tutela.

Não relata uma capacitação específica sobre SUS para os defensores estaduais, segundo ofício encaminhado por comarcas do interior, as ações em Saúde demandam especialmente consultas médicas e pequenos procedimentos. A Comarca de Estância relata adotar a estratégia de contatar diretamente a Secretaria Municipal de Saúde de Estância para resolução de demandas individuais que chegam à Defensoria, evitando assim a abertura de processo. Como relatado pelo Defensor Coordenador do Núcleo de Saúde:

Por fim, registra que tal providência possui êxito no Município de Estância/SE, onde o Chefe do Executivo Municipal: [...] indicou servidor para resolução administrativa de tais demandas, existindo atualmente satisfatória e significativa resolução administrativa e redução de judicialização de tutelas de saúde que tenham o Município de Estância como parte ré [...].

21 Até julho de 2015, na 1ª Defensoria Cível de São Cristóvão – que abarca os Municípios de São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro.

5.2 A Experiência do Poder Judiciário do Tocantins – Comarca de Araguaína

Esta experiência está disponível no estudo, lançado em 2015, sobre a “Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiência/CNJ”. Abaixo, apresenta-se uma curta síntese:

Os arranjos institucionais constituídos em Araguaína/TO permitiram o investimento dos atores políticos e jurídicos na prevenção dos conflitos e, quando existentes, na sua resolução extrajudicial.

A iniciativa no Município tocantinense começou em maio de 2011, quando a prefeitura criou, na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e a Ouvidoria do SUS, ambos de caráter municipal, e que funcionaram também como mecanismos de fomento ao diálogo institucional.

A função do NAT é oferecer suporte de especialistas aos programas de saúde locais, ao Judiciário, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ouvidoria do SUS. Para tanto, uma equipe multidisciplinar é formada por especialistas em saúde pública e outros profissionais, como assessor jurídico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, assistente técnico administrativo e assistente do departamento de compras da Secretaria Municipal de Saúde.

Os números da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína refletem o decréscimo da judicialização ao longo dos anos: em 2013, de um total de 1.397 demandas, apenas 85 (6,08%) resultaram na instauração de processos, dos quais 58 (68%) tiveram os pedidos de liminares deferidos em favor dos autores. No ano passado, de todas as 2.445 reclamações registradas, somente 73 (ou 2,98%) foram judicializadas. Desses 73 processos, 47 (64%) tiveram pedidos de liminares deferidos.

À época da criação do NAT e da Ouvidoria do SUS, as diferentes instituições já haviam iniciado entendimentos no sentido de atuar em parceria para a efetivação do direito à saúde no Município.

Além disso, **investiram fortemente na capacitação dos agentes envolvidos, incluindo magistrados**. Esse arranjo institucional, ao aproximar atores jurídicos e políticos, criou um ambiente favorável ao alcance de soluções administrativas que garantem um atendimento mais rápido aos pacientes em comparação com os processos judiciais.

Na cidade, a Ouvidoria transformou-se em uma ferramenta de gestão, por meio da qual recebe demandas diretamente dos pacientes, por telefone, pessoalmente ou pela internet, e também da Defensoria Pública e do Ministério Público.

5.3 Associação Mineira de Municípios e Comitê Executivo da Saúde do CNJ em MG

O Comitê Executivo Estadual de Saúde de Minas Gerais tem como coordenador um magistrado do tribunal estadual.

O Comitê tem como principal objetivo fomentar a discussão sobre os casos que envolvam a saúde pública e propor soluções para a crescente judicialização da saúde.

A partir de reuniões mensais, o Comitê promove a interlocução harmoniosa entre as várias instituições dos Sistemas de Justiça e de Saúde, para compreensão do fenômeno da judicialização.

Em razão da sua formação multidisciplinar e das suas atribuições institucionais, que não inclui a atribuição executora, o Comitê da Saúde de Minas Gerais se limita a identificar os problemas, apontando as soluções que pareçam mais adequadas a ser encaminhadas aos órgãos administrativos do poder Executivo, Legislativo e Judiciário para que adotem soluções que lhes sejam pertinentes. O Comitê é composto por

representantes do Ministério Público Federal e Estadual, defensorias públicas, da seccional da OAB e demais instituições envolvidas com as demandas de Saúde, como representantes da gestão do Sistema Único de Saúde e de Saúde Suplementar.

A Associação Mineira de Municípios começou a integrar o Comitê em novembro de 2015, com o objetivo de representar os Municípios mineiros, levando a conhecimento a realidade financeira e o impacto orçamentário com as crescentes demandas judiciais em saúde. Visa contribuir junto ao comitê com medidas capazes de diminuir o impacto financeiro da judicialização além de acompanhar e incentivar as ações realizadas por todos os membros do comitê.

A integração da AMM com os representantes do Comitê executivo é muito importante, pois busca uma harmonia na execução de ações capazes de identificar os problemas e buscar as melhores soluções para os Municípios.

5.4 A experiência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS

Mesmo lançando um olhar para o Município, o levantamento nacional de experiências de redução e/ou qualificação da judicialização mostrou que iniciativas da gestão estadual mostram-se benéficas para os Municípios.

Esse foi o caso da experiência reconhecida na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS (15ª CRS/RS), localizada no norte do Estado, com uma área de abrangência de 26 Municípios, totalizando 161.508 habitantes (Censo 2010). A equipe jurídica (composta por advogados e farmacêuticos) notou que certas situações se repetiam.

Uma Comarca específica da CRS, apresentava um fluxo considerável de pedidos de bloqueio de valores, os quais eram endereçados diretamente à 15ª CRS e que pacientes do SUS procuravam a Coorde-

nadoria com dúvidas básicas a respeito da obtenção de medicamentos, situação que demonstrava que essas pessoas deixavam de procurar as Secretarias Municipais de Saúde responsáveis pela dispensação dos medicamentos do componente especial e especializado por acreditarem que estavam litigando em face do Estado-membro e, portanto, deveriam se reportar a uma estrutura física do Estado²².

Diante dessas constatações iniciais foram realizadas as primeiras tratativas com a Defensoria Pública (DPE/RS) da Comarca de Palmeira das Missões, que demonstrou interesse em conhecer melhor os fluxos, a tramitação administrativa e a operacionalização do Sistema de estoque e dispensação do Estado do Rio Grande do Sul para melhor atender aos usuários, evitando o ajuizamento de demandas desnecessárias.

Na primeira reunião com a DPE/RS, ficaram convencionados fluxos de atuação conjunta no sentido de sempre se optar pela reinserção do usuário ao Sistema de Saúde. Para tanto foram repassadas listas de divisão de competências, de modo que o defensor passou a ter a mão e consultar qual é a esfera de competência de cada medicamento. Nesse sentido, a título exemplificativo, medicamentos constantes da farmácia popular, que antes compunham amplamente as demandas, passaram a ser retirados junto às farmácias cadastradas no programa, uma vez que a informação pormenorizada de como fazê-lo passou a ser dada pela Defensoria Pública já no primeiro atendimento.

A partir desse primeiro movimento surgiu a necessidade de se estabelecer os protocolos também para com o Poder Judiciário. A própria Defensoria Pública procurou o juiz do Juizado Especial da Fazenda Pública, que prontamente agendou reunião com a presença da Regional.

22 No Rio Grande do Sul, o Estado disponibiliza para as farmácias municipais a visualização, via sistema, do estoque e da localização de medicamentos de responsabilidade de compra do Estado. Ao verificar a inexistência de determinado medicamento, o usuário do SUS pode solicitar a impressão da “negativa AME” diretamente na Secretaria de Saúde do seu Município, evitando assim ter que procurar uma farmácia do Estado.

Desse momento nasceu a padronização de fluxos e documentos em todas as ações da Comarca. Cita-se como exemplo a necessidade prévia de juntar aos autos, quando dos pedidos de bloqueio de valores, uma certidão negativa fornecida pelo órgão dispensador dando conta da interrupção ou não recebimento dos fármacos naquele mês.

A partir das reuniões, também se convencionaram os próximos passos ao aperfeiçoamento da rede de cooperação. A **15ª CRS incumbiu-se de elaborar material escrito e fornecer capacitação nos Municípios** que possam sanar dúvidas, interpretar corretamente as informações do Sistema AME e garantir um bom atendimento aos municípios.

Nesse sentido, visando tornar o tema mais didático, a Regional efetuou a confecção de três cartilhas, explicando o fluxo de retirada dos medicamentos do componente especial, dietas e farmácia popular. Tais cartilhas contemplam todos os documentos que o usuário necessita portar consigo para fins de que seja aberto o processo administrativo. O objetivo é reinserir o usuário no Sistema, garantindo rapidez na confecção e tramitação dos processos administrativos, facilitando o seu acesso às políticas públicas de Saúde.

As referidas cartilhas foram distribuídas para todos os Municípios e algumas Defensorias para que sirvam de elemento norteador.

Após a experiência da construção da rede com a Comarca de Palmeira das Missões foi possível efetuar o mesmo trabalho com as Comarcas de Ronda Alta e Sarandi por um chamado do próprio Judiciário.

O desafio posto pela 15ª CRS é intensificar a capacitação em todos os Municípios, construindo visões sistêmicas entre os diversos setores, consorciando a atuação do assessor jurídico com a dos membros da assistência farmacêutica, fortalecendo práticas didáticas como o uso das cartilhas e formando redes de cooperação nas Comarcas em que essa construção ainda não foi feita.

Com base no trabalho da rede, a Regional já elencou como metas para o primeiro semestre de 2016 a realização de capacitações que rompem com a visão cartesiana nos vinte e seis Municípios da região de saúde e um grande seminário com a presença de juízes, promotores, defensores públicos, OAB e escritórios modelos de universidades com grande atuação na região, como a Universidade de Passo Fundo, e os Municípios.

5.5 A experiência do Comitê Executivo da Saúde do CNJ no Rio Grande do Sul

Entre alguns operadores do Sistema de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, surgiu um entendimento de que os problemas na área da Saúde somente poderiam ser enfrentados mediante a congregação dos órgãos envolvidos em torno de pontos convergentes, de forma a fomentar o diálogo por meio de um contato mais próximo entre seus integrantes. O projeto para formar um colegiado e a rede de cooperação nasceu da certeza de que seria possível iniciar-se a construção de uma rede visando a área de Saúde, mas que seria necessário eleger-se um assunto em que houvesse o maior número de concordâncias relativas à atuação dos órgãos, que permitisse o conhecimento inicial entre os atores envolvidos, para que, paulatinamente, os demais assuntos pudessem ser tratados com abrandamento de ideias preconcebidas. Assim, optou-se pela utilização da metodologia de Planejamento e de Gestão Sistêmicos na área de Fornecimento de Medicamentos pelo Sistema Único de Saúde para a realização dos primeiros passos da Rede Estadual: Secretaria de Estado da Saúde, Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, Poder Judiciário, Ministério Público Federal, Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul, Fundação Escola Superior do Ministério Público, Procuradoria Geral do Município

de Porto Alegre, Advocacia Geral da União – Procuradoria Regional da União/4ª Região, Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul, Procuradoria Geral do Estado, Defensoria Pública da União, Defensoria Pública do Estado, Programa de Qualificação em Gestão Pública, Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado e Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

Com base nos levantamentos realizados, foi elaborado um diagnóstico situacional e um fluxograma para demonstrar o fluxo atual de procedimentos de Dispensação de Medicamentos. Salienta-se, porém, que esse fluxo levantado representa o que ocorre na maioria dos Municípios, podendo ocorrer variações em alguns Municípios. Depois disso, realizou-se uma análise da situação atual e foram elaboradas propostas de melhoria para os problemas verificados. Paralelamente ao andamento da Rede Estadual, foram implementadas melhorias no sistema AME (Administração de Medicamentos do Estado), situação que possibilitou que tanto farmácias estaduais quanto municipais emitissem Certidões e Protocolos, o que contribuiu para a padronização de documentos e para a agilização dos procedimentos em casos de necessidade de judicialização, além de constituir-se em um instrumento de informação ao usuário sobre a situação de sua solicitação.

Visando à difusão do conhecimento adquirido na Rede Estadual e dos procedimentos otimizados para todos os órgãos participantes foram organizados e executados workshops de capacitação de magistrados e assessores no intuito de que esses reconheçam as especificidades dos Municípios, além de capacitá-los a respeito da organização e do financiamento do SUS.

O Comitê Executivo da Saúde no RS se reúne mensalmente e nele são tratadas as demandas trazidas pelos componentes do Colegiado. A partir da atuação e da pactuação de parâmetros, nos casos em que a judicialização se coloca como última alternativa, o próprio colegiado

definiu quais documentos devem compor a ação. Mediante tais entendimentos e pela atuação da Defensoria Pública na capital gaúcha, de 100 demandas/atendimentos sobre Direito a Saúde, 80% têm sua solução encaminhada administrativamente junto à prefeitura ou ao Estado.

Os números da queda da judicialização obtidos pela atuação do Comitê são os mesmos apontados pela Defensoria Pública do RS. O resultado total e números ano a ano desse trabalho, consta na Cartilha Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS) com Foco na Saúde, disponível no *site* da CNM.

6. Conclusão

O fenômeno de judicialização da Saúde mostra-se complexo e, ao mesmo tempo, um problema passível de superação.

Nesse processo de superação faz-se necessário reconhecer a Saúde como campo de direitos e ações que urge da transdisciplinaridade e de interinstitucionalidade.

Para tanto é necessário que ocorra uma mudança no entendimento dos próprios operadores dos Sistemas, tanto da Justiça quanto da Saúde. A partir desse ponto, passa a perdurar uma nova organização das relações institucionais, situação que fortalece a Justiça e o SUS, como sistemas que passam a dialogar, a se reconhecer mutuamente e a atuar de forma harmônica. Sem essa visão ampliada, as estratégias de diminuição da judicialização tendem a falhar.

A CNM atua quotidianamente na institucionalização de estratégias de sucesso implementadas em alguns Municípios e Estados. Exemplo disso foi a assinatura do Termo de Cooperação entre a Entidade e o Sistema de Justiça do Rio Grande do Sul. Esse documento institui que todas as entidades terão também como parte do seu planejamento e atuação a busca da resolução de demandas que envolvam as diversas Políticas Públicas, pela via administrativa, promovendo assim a multiplicação das redes de cooperação entre Judiciário e Municípios. Tais ações beneficiam não só Municípios e Sistemas, mas, principalmente, os cidadãos, que têm seus direitos atendidos e sua Rede de Atenção à Saúde qualificada.

Referências

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza; MENEZES, Renata de Miranda; SOUZA, Michelle Nepomuceno; REAIS, Carla de Barros; MARTINS, Diego Resende; GOMES, Lucas. (2013). Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, 17(4), 623-645. Retrieved January 13, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141380502013000400005&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ATALLAH, N.A.; CASTRO, A.A. (1997). Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico & Tratamento*. v.2, n.2, p.12-15.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. (2010). Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(1), 59-69. Retrieved June 24, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_rtttext&pid=S0102311X2010000100007&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2010000100007>. Acesso em: 18 de fev. 2016.

BRASIL. (1941). *Código de Processo Penal* (DL Nº 3.689/1941). Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=230723>>. Acesso em: 10 de jun. 2015.

_____. (1988). *Constituição Federal*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 2 de maio 2015.

_____. (1990a). *Lei 8.080/1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

_____. (1990b). *Lei 8142/1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 2 de maio 2015.

_____. (1996). Ministério da Saúde. *Portaria 2.203/1996*. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS NOB-SUS/96. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 10 de maio 2015.

_____. (2001a). *Código Processual Civil* (Lei 10.358/2001). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869.htm>. Acesso em: 8 de maio 2015.

_____. (2001b). *Lei 10.216/2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

_____. (2002). Ministério da Saúde. *Portaria 373/2002*. Aprova a Norma Operacional GM/MS 01/2002 – sobre gestão básica e gestão plena da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 10 de jun. 2015.

_____. (2006). Ministério da Saúde. *Estudo sobre Assistência farmacêutica na atenção básica*: instruções técnicas para sua organização. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 10 de maio 2015.

_____. (2007). Ministério da Saúde. *Portaria 204/2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 20 de maio 2015.

_____. (2011). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde (2012-2015)*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 2 de jan. 2015.

_____. (2011). Ministério da Saúde. *Portaria 2.488/2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 4 de fev. 2015.

_____. (2011). Ministério da Saúde. *Decreto 7.508/2011*. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 3 de fev. 2014.

_____. (2012). Ministério da Saúde. *Resolução MS/GM 4/2012*. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html>. Acesso em: 10 de jun. 2015.

_____. (2012). Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM 841/2012*. Relação Nacional de Ações e Serviços do Sistema Único de Saúde – Renases. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html>. Acesso em: 10 de maio 2015.

_____. (2013). Ministério da Saúde. *Portaria 3.390/2013 (PNHOSP)*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 8 jun. 2015.

_____. (2013). Ministério da Saúde. *Portaria 1.555/2013*. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 5 de maio 2015.

_____. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo*.

Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_coap_construindo_passo.pdf>. Acesso em: 5 de maio 2015.

_____. (2015a). Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM 01/2015 – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>>. Acesso em: 10 de maio 2015.

_____. (2015b). Fundo Nacional de Saúde. *Repasse federais por Município e bloco de financiamento*. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de fev. 2016.

COMITÊ EXECUTIVO DO RIO GRANDE DO SUL. Fórum da Saúde CNJ. *Instruções e recomendações CNJ sobre judicialização da Saúde*. Disponível em: <<https://www.facebook.com/pages/Comit%C3%AA-Executivo=-RS-F%3C%3Brum-da-Sa%3C%BAde-CNJ434635679977558/?fref=ts>>. Acesso em: 10 de maio 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA-CNJ. (2015). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência/CNJ*. Justiça Pesquisa. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques//arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 23 de fev. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2015). Portal institucional. *Manifesto em defesa do SUS*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/11nov12_Manifesto_defesa_sus.html>. Acesso em: 20 de nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. (2011). *Para entender a gestão do SUS*. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/>>

index.php?option=com_content&id=51&Itemid=21>. Acesso em: 9 de jun. 2011.

CONSELHO NACIONAL DO JUDICIÁRIO. Área da Saúde. *Documentos*. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude/documentos>>. Acesso em: 9 de jun. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. (2002). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. (2014). A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 591-598. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. (2010). Defensoria Pública Estadual. Núcleo de Direito à Saúde (NUDS/DPE). *Assistência Farmacêutica*. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.gov.br/upload/20140306150510fluxo___assistencia_farmacutica.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2015.

KRAUSZ, M. (2011). Onde as disciplinas se encontram. *Revista Educação*. Disponível em: <<http://revistaeducacao.uol.com.br/textos/132/artigo234363-1.asp>>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

MAFRA, J. I. (2004). *Dever de Cumprir Ordem Judicial*. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/8023-8022-1-PB.htm>>. Acesso em: 2 de maio 2015.

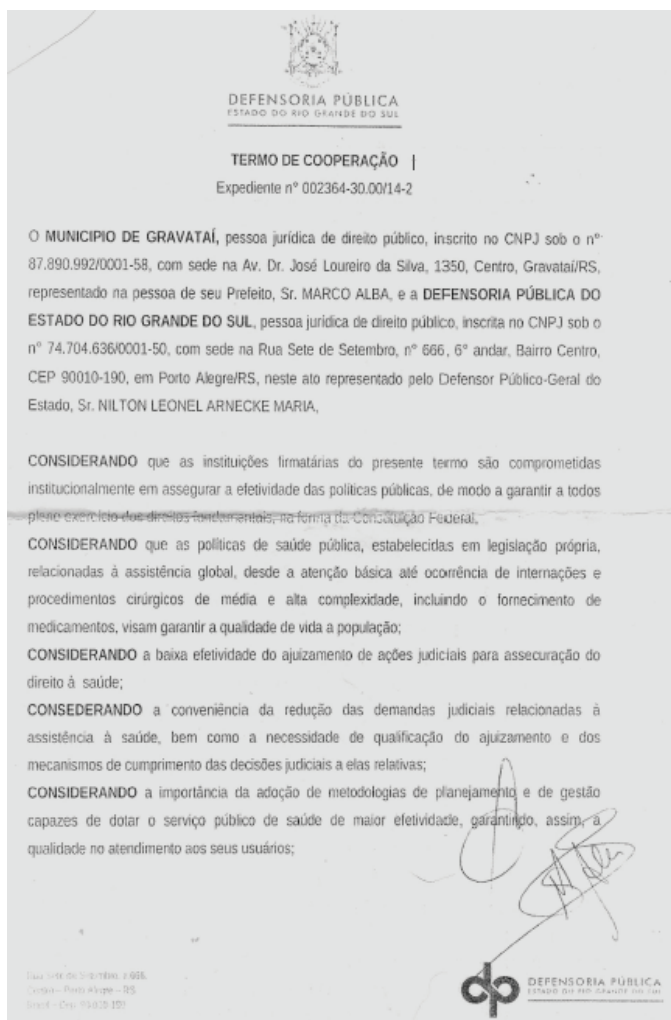
MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria. (2011). Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 673-690. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000300013&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 11 de jan. 2016.

SCHOELLER, R., M. (2012). *Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde*. Disponível em: <<http://rodrigosschoeller.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 9 de jun. 2015.

VIEGAS, M. V.; MAIAB, A. C.; RODRIGUES, C. G. Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

ANEXOS

Anexo I – Termo de Cooperação da Prefeitura de Gravataí/ RS e a Defensoria Pública



The image shows a document titled 'TERMO DE COOPERAÇÃO' between the Municipality of Gravataí and the Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. The document includes the following text:

DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

TERMO DE COOPERAÇÃO |
Expediente nº 002364-30.00/14-2

O MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 87.890.992/0001-58, com sede na Av. Dr. José Loureiro da Silva, 1350, Centro, Gravataí/RS, representado na pessoa de seu Prefeito, Sr. MARCO ALBA, e a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 74.704.636/0001-50, com sede na Rua Sete de Setembro, nº 666, 6º andar, Bairro Centro, CEP 90010-190, em Porto Alegre/RS, neste ato representado pelo Defensor Público-Geral do Estado, Sr. NILTON LEONEL ARNECKE MARIA,

CONSIDERANDO que as instituições firmatárias do presente termo são comprometidas institucionalmente em assegurar a efetividade das políticas públicas, de modo a garantir a todos o pleno exercício dos direitos fundamentais, na forma da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que as políticas de saúde pública, estabelecidas em legislação própria, relacionadas à assistência global, desde a atenção básica até ocorrência de internações e procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade, incluindo o fornecimento de medicamentos, visam garantir a qualidade de vida a população;

CONSIDERANDO a baixa efetividade do ajuizamento de ações judiciais para assecuração do direito à saúde;

CONSIDERANDO a conveniência da redução das demandas judiciais relacionadas à assistência à saúde, bem como a necessidade de qualificação do ajuizamento e dos mecanismos de cumprimento das decisões judiciais a elas relativas;

CONSIDERANDO a importância da adoção de metodologias de planejamento e de gestão capazes de dotar o serviço público de saúde de maior efetividade, garantindo, assim, a qualidade no atendimento aos seus usuários;

Data: 07 de Setembro de 2016.
Cidade – Porto Alegre – RS.
Assinatura – DPE/RS/RS

 DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Página 1 – Termo de Cooperação entre Prefeitura de Gravataí/RS e Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS).



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES DAS PARTES

I - Compete aos envolvidos:

- a) Contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e do Acesso à Justiça, visando à otimização da rede pública de atenção à saúde, promovendo melhorias nas políticas de saúde municipal, abrangendo toda a rede de saúde, desde a atenção básica até a realização de procedimentos cirúrgicos e internações hospitalares, incluindo o fornecimento de medicamentos, com a consequente redução das demandas judiciais relacionadas às áreas em questão;
- b) Aperfeiçoar, promover, e divulgar o teor deste termo de Cooperação, o Grupo Técnico de Trabalho e os resultados advindos desta cooperação;
- c) Fazer o diagnóstico e a integração de dados ligados à atenção à saúde no Município de Gravataí, inclusive com a utilização de banco de dados, para acompanhar, avaliar e planejar novas ações que auxiliem na solução dos problemas identificados;
- d) Intercambiar informações, documentos e apoio técnico institucional, necessários à consecução dos objetivos destacados;
- e) Acompanhar e avaliar, constantemente, a execução das ações a serem desenvolvidas por ambas as Instituições.

II – Competente à Defensoria Pública:

- a) Buscar, antes do ajuizamento de qualquer ação e de eventual pedido de bloqueio de valores, ressalvado o interesse indisponível da parte assistida, especialmente em situações de emergência médica, contato com os diferentes setores da Secretaria Municipal da Saúde (Assessoria Jurídica, Farmácia Municipal, Regulação, PAIS-Mental, etc.), com vistas à verificação da possibilidade de resolução administrativa do interesse do assistido.

Página 2 – Termo de Cooperação entre Prefeitura de Gravataí/RS e Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS).



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

implicarem transferência ou cessão de recursos serão viabilizadas mediante instrumento apropriado.

Parágrafo Único – O projeto vincula-se às ações relacionadas à área da saúde, focado no fornecimento de medicamentos, na criação e execução de estratégias de atenção básica, hospitalar e ambulatorial e na criação e execução de estratégias de melhoria das políticas de saúde mental, com vistas a evitar ou, dentro do possível, minimizar, as internações compulsórias, podendo estender-se gradativamente a outras ações relacionadas à execução de políticas públicas.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ATRIBUIÇÕES DO (A) ESTAGIÁRIO (A)

O(a) estagiário(a) previsto na cláusula terceira, supra, item III, letra "a", exercerá suas funções, prevalentemente, na sede da Defensoria Pública, sob orientação dos(as) Defensores(as) Públicos(as) em atuação nesta Comarca e terá como função, exclusivamente:

- a) Participar das reuniões do Grupo de Trabalho;
- b) Participar de reuniões com os gestores do SUS no Município de Gravataí, em assuntos relacionados às questões da atenção à saúde, quando solicitado;
- c) Auxiliar no contato entre as Instituições firmatárias;
- d) Auxiliar os Defensores Públicos no atendimento aos assistidos, na compreensão de suas demandas e na busca de resolutividade administrativa das mesmas, através de contato com os diferentes setores da Secretaria Municipal da Saúde;
- e) Auxiliar os Defensores Públicos nas consultas ao Sistema AME, quando do atendimento dos assistidos na área da assistência farmacêutica;
- f) Auxiliar na preparação de diagnósticos e na integração de dados relacionados aos objetivos destacados neste Termo de Cooperação, ajudando no intercâmbio de informações, documentos e apoio técnico institucional e na formulação de um banco de dados e de material de divulgação do presente Termo de Cooperação e de seus resultados;



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

CLÁUSULA DEZ – DO FORO

Eventuais dúvidas ou controvérsias oriundas deste Termo de Cooperação Técnica, primordialmente, serão dirimidas de comum acordo pelos participantes, ficando eleita a Comarca de Gravataí para dirimir qualquer conflito entre os participantes.

Gravataí, 12 de fevereiro de 2015.

Nilton Leonel Arnecke Maria,
Defensor Público-Geral do Estado.

Marco Alba,
Prefeito do Município de Gravataí.

Testemunhas:

1.
Nome legível: REGINA BLACHEWSKY
CPF nº 822.239.703-04

2.
Nome legível: Cíntia França Ribeiro
CPF nº 3871533
Analista Processual
Defensoria Pública - RS

Página 4 – Termo de Cooperação entre Prefeitura de Gravataí/RS e Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS).

Anexo II – Procedimento para pedido de internação compulsória – autoria da DPE/RS de Gravataí.



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PROCEDIMENTO PARA INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO

1. Para ingressar com Ação Judicial para Internação Compulsória ou fazer pedido de internação compulsória em processo em andamento é essencial a apresentação pela parte deste formulário integralmente preenchido pelo CAPS-AD comprovando que o paciente precisa de internação e que ele e/ou seu familiar aderiu aos tratamentos fornecidos pelo CAPS – AD.

2. Para o CAPS-AD preencher esse documento, o dependente químico e/ou seus familiares deverão comparecer ao CAPS-AD, localizado na Rua Santa Fé nº 249, parada 64, Gravataí/RS (telefone: 3421-5060) para passar por entrevistas de acompanhamento com a finalidade de identificar a real necessidade de internação e de aprender a lidar melhor com os problemas causados pela dependência química.

3. Apenas quando constatada a total impossibilidade de tratamento espontâneo (por livre e espontânea vontade) pelo paciente e que o **familiar está comprometido com o tratamento do dependente químico** é que se fará pedido de internação compulsória pela via judicial

A comprovação de que o familiar do dependente químico está comprometido com o tratamento será feita pela apresentação desta ficha de atendimento totalmente preenchida pelos profissionais do CAPS-AD.

4. A **internação** do paciente, se necessária, é feita em clínica conveniada, pelo período de 15 (quinze) dias, onde o paciente é medicado e é fornecido tratamento dos sintomas mais graves da abstinência (falta da droga no organismo). Após esse período, é necessário o acompanhamento permanente do paciente no CAPS-AD.

Também pode se fazer necessária a internação em **Comunidade Terapêutica**. Essas comunidades, no entanto, somente podem receber pacientes que concordem com o tratamento, sendo inviável mantê-los à força naquele local.

Estou plenamente ciente e esclarecido(a) quanto aos termos acima

Nome do paciente:

Nome do familiar responsável:

Assinatura: **Data:** ____/____/____

Avenida José Loureiro da Silva, nº 2255
Bairro Centro
Gravataí – RS – Brasil
CEP 94010-001
Telefone: (51) 3484-5326 / 3423-5624



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Página 1 – TEC/ DPE/RS.



DADOS DO PACIENTE E DE FAMILIAR [preenchimento obrigatório pela Defensoria Pública]:

Nome do paciente:

Idade do paciente:

Endereço do (ou local onde se encontra o) paciente:

.....

Nome do familiar responsável:

Endereço e telefone do familiar responsável:

.....

Data: ____/____/____.

Página 2 – TEC/ DPE/RS.



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

[preenchimento obrigatório pelo CAPS-AD]

Descrição complementar dos eventos que levaram o familiar a buscar o CAPS-AD:

.....

.....

.....

.....

.....

ATENDIMENTOS no CAPS-AD (de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, salvo nas terças, em que o atendimento é interrompido entre às 12h30 até às 15h) :

1º Atendimento – ACOLHIMENTO

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento e relatório:

.....

.....

.....

2º Atendimento – INTEGRAÇÃO

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento e relatório:

.....

.....

.....

3º Atendimento – GRUPO DE FAMÍLIA

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento e relatório:

.....

.....

.....

Avenida José Loureiro da Silva, nº 2255
Bairro Centro
Gravatá – RS – Brasil
CEP 94010-001
Telefone: (51) 3484-5326 / 3423-5624



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

4º Atendimento – GRUPO DE FAMÍLIA

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento e relatório:

.....
.....
.....

5º Atendimento – GRUPO DE FAMÍLIA

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento e relatório:

.....
.....
.....

6º Atendimento – GRUPO DE FAMÍLIA

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento e relatório:

.....
.....
.....

BUCAS ATIVAS:

1ª Data: ____/____/____

Local:

Descrição da abordagem:

.....
.....

2ª Data: ____/____/____

Local:

Descrição da abordagem:

.....
.....

Avenida José Loureiro da Silva, nº 2255
Bairro Centro
Gravataí – RS – Brasil
CEP 94010-001
Telefone: (51) 3484.5826 / 3423.6624



DEFENSORIA PÚBLICA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Anexo III – Parâmetros adotados pelo Comitê Executivo RS Fórum da Saúde CNJ.

Este material pode ser encontrado na Cartilha: Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS) com Foco na Saúde, no site da CNM: <http://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2219#titulo-livro>

- Parâmetros para judicializar avaliação com especialistas, que não foram resolvidas administrativamente.

DOCUMENTOS PARA JUDICIALIZAÇÃO

(Elaborados pela Dr.^a Paula Pinto de Souza - Defensora Pública do Estado/RS)

AValiação com Especialista, Cirurgia, Exames, PROCEDIMENTOS EM GERAL

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- 1) Cópia da CARTEIRA DE IDENTIDADE e CPF
- 2) Cópia do CARTÃO DO SUS (MUITO IMPORTANTE)
- 3) Cópia do COMPROVANTE DE RENDA (FAMILIAR)
- 4) Cópia do COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- 5) Declaração de pobreza (fornecida pela Defensoria Pública)

QUANDO PARA TERCEIROS: deve haver uma procuração registrada em cartório ou termo de curatela (nesses casos necessário que o representante legal ou curador também traga cópia de sua carteira de identidade e CPF).

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:

1) LAUDO MÉDICO ORIGINAL CONSTANDO:

A doença e/ou diagnóstico (de forma extensa e com Cid), o caráter de urgência (por escrito obrigatoriamente), consequências para o organismo do paciente (no caso de não conseguir o procedimento), e/ou o risco de morte (somente quando for o caso). Especificar o nome da avaliação, cirurgia, exame ou procedimento que o paciente necessita, por extenso. Se a avaliação/cirurgia/exame/procedimento não for fornecido pelo SUS o

médico deve justificar por qual motivo não indica avaliação, cirurgia, exame ou procedimento que estão nas listas do SUS. Explicar os efeitos benéficos para a saúde do paciente na realização da avaliação, cirurgia, exame ou procedimento indicado. Demonstrar que aqueles que a rede pública fornece não produzem as mesmas benesses para o tratamento da moléstia que acomete o paciente. Especificar os efeitos colaterais no organismo do paciente e que esses procedimentos disponíveis no SUS não têm êxito no tratamento do paciente. (validade máxima do laudo – 30 dias).

2) PEDIDO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA (OBTIDO EM POSTOS DE SAÚDE), constando a especialidade referenciada – avaliação com especialista, cirurgia, exame, procedimento, etc.

3) SE HOUVER EXAMES, BOLETINS DE ATENDIMENTO, ETC, devem ser juntados com a documentação.

Fonte: da Ação e Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde.

- Parâmetros para judicializar demandas em Saúde – internação/transferência hospitalar – que não foram resolvidas administrativamente.

INTERNAÇÃO/MANUTENÇÃO DE INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- 1) Cópia da CARTEIRA DE IDENTIDADE e CPF
- 2) Cópia do CARTÃO DO SUS (MUITO IMPORTANTE)
- 3) Cópia do COMPROVANTE DE RENDA (FAMILIAR)
- 4) Cópia do COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- 5) Declaração de pobreza (fornecida pela Defensoria Pública)

QUANDO PARA TERCEIROS: deve haver uma procuração registrada em cartório ou termo de curatela (nesses casos necessário que o representante legal ou curador também traga cópia de sua carteira de identidade e CPF).

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:

Laudo médico original constando: a doença e/ou diagnóstico (de forma extensa e com Cid), constando o caráter de urgência (por escrito obrigatoriamente), consequências para o organismo do paciente (no caso de não conseguir a internação/manutenção de internação/transferência hospitalar), e/ou o risco de morte (somente quando for o caso). Apresentar a justificativa da necessidade da internação/manutenção da internação/transferência hospitalar especificando o período estimado da internação/manutenção de internação ou o motivo pelo qual é necessária a transferência hospitalar. (Validade máxima do laudo – 30 dias).

Documento de referência e contra-referência (demonstrando que o paciente está inscrito na central de leitos do sus para obter uma vaga para internação ou que terá alta e por isso precisa ser prorrogada a internação ou que no hospital em que se encontra não há tratamento adequado as necessidades do paciente e por isso precisa ser transferido) *se não houver, podem ser usados documentos de boletins de ocorrência, de atendimento em hospitais, ou constar a inexistência de vaga pelo sus ou no laudo médico.

Fonte: da Ação e Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde.

- Parâmetros para judicializar demandas em Saúde – planos de saúde de particulares – que não foram resolvidas administrativamente.

PLANO DE SAÚDE

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- 1) Cópia da CARTEIRA DE IDENTIDADE e CPF
- 2) Cópia da CARTEIRA DO PLENO DE SAÚDE(MUITO IMPORTANTE)
- 3) Cópia do COMPROVANTE DE RENDA (FAMILIAR)
- 4) Cópia do COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- 5) Declaração de pobreza (fornecida pela Defensoria Pública)

QUANDO PARA TERCEIROS: deve haver uma procuração registrada em cartório ou termo de curatela (nesses casos necessário que o representante legal ou curador também traga cópia de sua carteira de identidade e CPF).

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:

1) LAUDO MÉDICO ORIGINAL CONSTANDO:

A doença e/ou diagnóstico (de forma extensa e com Cid),constando o caráter de urgência (por escrito obrigatoriamente), consequências para o organismo do paciente (no caso de não conseguir a cirurgia, exame, material específico ou outro procedimento de saúde), e/ou o risco de morte (somente quando for o caso).

Deve constar o nome por extenso e as características específicas do procedimento a ser realizado.

O médico deve atestar que, mesmo o plano de saúde tendo negado o fornecimento da cirurgia, exame, material específico ou outro procedimento de saúde, ainda assim é necessário para a saúde do paciente,

Apresentando justificativas e superioridade terapêutica do procedimento não autorizado pelo plano,

Afirmando que outros procedimentos fornecidos pelo plano de saúde não seriam ou não foram efetivos no combate da(s) moléstia(s) que acomete(m) o paciente. (validade máxima do laudo – 30 dias).

A negativa do plano de saúde em realizar a cirurgia, exame, material específico ou outro procedimento de saúde prescrito pelo médico.

2) GUIA DE SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE SAÚDE QUE O PACIENTE PRECISA SE SUBMETER PREENCHIDO PELO MÉDICO CONVENIADO AO PLANO DE SAÚDE.

3) CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE.

4) XEROX DA CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE.

5) TRAZER NO MÍNIMO 2(DOIS) ORÇAMENTOS FORMAIS DO PROCEDIMENTO NEGADO PELO PLANO (CIRURGIA, EXAME, MATERIAL ESPECÍFICO OU OUTRO PROCEDIMENTO DE SAÚDE), DISCRIMINADO TODOS OS ITENS, OU ENTÃO, SE A NEGATIVA FOR DE MATERIAL ESPECÍFICO OS ORÇAMENTOS RELATIVOS AO MATERIAL NEGADO TAMBÉM DEVEM EXISTIR.

Fonte: da Ação e Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde.

- Parâmetros para judicializar demandas – transporte especializado para fins de Saúde – que não foram resolvidas administrativamente.

TRANSPORTE PARA TRATAMENTOS DE SAÚDE

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- 1) Cópia da CARTEIRA DE IDENTIDADE e CPF
- 2) Cópia do CARTÃO DO SUS (MUITO IMPORTANTE)
- 3) Cópia do COMPROVANTE DE RENDA (FAMILIAR)
- 4) Cópia do COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- 5) Declaração de pobreza (fornecida pela Defensoria Pública)

QUANDO PARA TERCEIROS: deve haver uma procuração registrada em cartório ou termo de curatela (nesses casos necessário que o representante legal ou curador também traga cópia de sua carteira de identidade e CPF).

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:

1) LAUDO MÉDICO ORIGINAL CONSTANDO: a doença e/ou diagnóstico (de forma extensa e com Cid), constando o caráter de urgência (por escrito obrigatoriamente), consequências para o organismo do paciente (no caso de não conseguir o transporte adequado para o tratamento de saúde do paciente) e/ou o risco de morte (somente quando for o caso). Justificar porque da necessidade da realização do tratamento, que só pode ser executado se houver o fornecimento do transporte adequado. (caso seja necessário transporte específico, como ambulância, especificar e justificar por que). Especificar o nome do tratamento de saúde que o paciente precisa realizar, dias e horários da semana, local de saída e local de chegada do tratamento de saúde para solicitar o transporte. (validade máxima do laudo – 30 dias).

NEGATIVA (O paciente ou familiar deve se dirigir ao Posto de Saúde a que pertence ou a Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde do local em que reside para solicitar o Transporte adequado para o Tratamento de Saúde (ou no laudo médico deve constar que o SUS não está fornecendo o transporte necessário. As Secretarias de Saúde Municipais fornecem o transporte por isso é necessário que o paciente tenha tentado pedir administrativamente).

Anexo IV – Enunciados a respeito da Saúde do Conselho nacional de Justiça – CNJ.

II JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE

A JUSTIÇA FAZ BEM À SAÚDE

Enunciados Aprovados II Jornada de Direito da Saúde

46 – Saúde Pública - As ações judiciais para as transferências hospitalares devem ser precedidas de cadastro do paciente no serviço de regulação de acordo com o regramento de referência de cada Município, Região ou do Estado.

47 - Saúde Pública - Não estão incluídos na competência dos juizados especiais da fazenda pública os casos em que se pretende o fornecimento de medicamento e/ou tratamento cujo custo anual superar o limite da competência dos referidos juizados.

48 – Saúde Pública - As altas de internação hospitalar de paciente, inclusive de idosos e toxicômanos, independem de novo pronunciamento judicial, prevalecendo o critério técnico profissional do médico.

49 – Saúde Pública - Para que a prova pericial seja mais fidedigna com a situação do paciente, recomenda-se a requisição do prontuário médico.

50 - Saúde Pública - Salvo prova da evidência científica e necessidade premente, não devem ser deferidas medidas judiciais de acesso a medicamentos e materiais não registrados pela ANVISA ou para uso off label.

Não podem ser deferidas medidas judiciais que assegurem o acesso a produtos ou procedimentos experimentais.

51 - Saúde Pública - Nos processos judiciais, a caracterização da urgência/emergência requer relatório médico circunstanciado, com expressa menção do quadro clínico de risco imediato.

52 - Saúde Pública - Nas ações reiteradas na mesma Comarca que apresentem pedidos de medicamentos, produtos ou procedimentos já previstos nas listas oficiais, como medida de eficácia da atuação jurisdicional, é pertinente o magistrado dar ciência dos fatos aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde.

53 – Saúde Pública - Mesmo quando já efetuado o bloqueio de numerário por ordem judicial, pelo princípio da economicidade, deve ser facultada a aquisição imediata do produto por instituição pública ou privada vinculada ao SUS, observado o preço máximo de venda ao governo – PMVG, estabelecido pela CMED.

54 - Saúde Pública – Havendo valores depositados em conta judicial, a liberação do numerário deve ocorrer de forma gradual mediante comprovação da necessidade de continuidade do tratamento postulado, evitando-se a liberação única do montante integral.

55 – Saúde Pública - O levantamento de valores para o cumprimento de medidas liminares nos processos depende da assinatura de termo de responsabilidade e prestação de contas periódica.

56 – Saúde Pública - Havendo depósito judicial por falta de tempo hábil para aquisição do medicamento ou produto com procedimento licitatório pelo poder público, antes de liberar o numerário é prudente, sempre que possível, que se exija da parte a apresentação prévia de três orçamentos.

57 – Saúde Pública - Em processo judicial no qual se pleiteia o fornecimento de medicamento, produto ou procedimento, é recomendável verificar se a questão foi apreciada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC.

58 – Saúde Pública - Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.

59 - Saúde Pública - As demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências.

60 – Saúde Pública - A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento.

61- Saúde Pública - Proposta de alteração do enunciado nº4 da I Jornada - Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, II, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco, insumo ou procedimento não protocolizado.

62 - Saúde Suplementar -Para fins de cobertura assistencial, o conceito de urgência e emergência deve respeitar a definição legal contida no art. 35-C, Lei Federal 9.656/98.

63 – Saúde Suplementar -O deferimento de cirurgia bariátrica em tutela de urgência sujeita-se à observância das diretrizes constantes da Resolução CFM nº 1942/2010 e de outras normas que disciplinam a matéria.

64 - Saúde Suplementar -A atenção domiciliar não supre o trabalho do cuidador e da família, e depende de indicação clínica e da cobertura contratual.

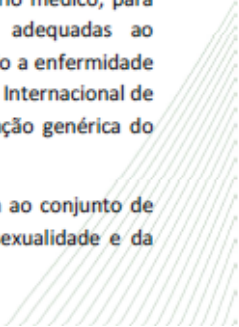
65 - Saúde Suplementar -Não é vedada a intervenção de terceiros nas demandas que envolvam plano de saúde.

66 – BioDireito - Poderá constituir quebra de confiança passível de condenação por dano, a recusa imotivada em fornecer cópia do prontuário ao próprio paciente ou seu representante legal ou contratual, após comprovadamente solicitado, por parte do profissional de saúde, clínica ou instituições hospitalares públicos ou privados.



67 – BioDireito - As informações constantes do receituário médico, para propositura de ação judicial, devem ser claras e adequadas ao entendimento do paciente, em letra legível, discriminando a enfermidade pelo nome e não somente por seu código na Classificação Internacional de Doenças – CID, assim como a terapêutica e a denominação genérica do medicamento prescrito.

68 – BioDireito - Os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto de direitos básicos relacionados com o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana.



Anexo V – Termo de Cooperação entre atores do Sistema de Justiça, Confederação Nacional de Municípios (CNM), demais entidades e governo estadual do Rio Grande do Sul.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
GABINETE DO GOVERNADOR



TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

Proc.: 00340-15/003410-2

ADASTRADO NO SISTEMA TJRS-ERP/TEMA SOB
Nº 030 / 2016-DEC
DATA DISPONIBILIZAÇÃO DJE
10, 05 / 16
Servidor/Estagiário

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O GOVERNO DO ESTADO DO RS, O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RS, A JUSTIÇA FEDERAL, O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RS, O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RS, A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, A PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DO RS, A ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SECCIONAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - OAB-RS, A CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA, A FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RS, A FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO RS E A UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE, VISANDO FOMENTAR A UTILIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS E DA MATRIZ DE CONVERGÊNCIA DA AÇÃO DE PLANEJAMENTO E DE

Fragmento Pg. 1

considerando a necessidade de se otimizar recursos (materiais e humanos), por meio de ações efetivas de planejamento e de gestão, notadamente diante de crises econômicas, sociais e ambientais;

considerando as diretrizes da Lei n. 13.105, de 16-03-2015 (Novo Código de Processo Civil), dentre as quais as estabelecidas nos artigos 138, 139 e 165;

considerando que seguintes temas dos Diálogos Urbanos da Conferência das Nações Unidas sobre Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável III evidenciam diretrizes da Habitat III e buscam fomentar a convergência para elaboração da Nova Agenda Urbana -2016 (<https://www.habitat3.org/the-new-urban-agenda/summaries>):

1. Coesão Social e Equidade;
2. Governança (Frameworks) Urbanas;
3. Desenvolvimento Espacial;
4. Economia Urbana;
5. Ecologia e Ambiente Urbano;
6. Habitação Urbana e Serviços Básicos.

considerando que as pessoas têm direito ao atendimento, de forma harmônica e equitativa, das necessidades fisiológicas, psicológicas (notadamente segurança, pertencimento e autoestima) e de autorrealização, inerentes ao desenvolvimento dos seres humanos;

considerando que a sustentabilidade das formas de intervenção é alcançada com a produção de impactos proporcionais nos eixos econômico, social (principalmente nas áreas de saúde, educação, cidadania e segurança) e ambiental;

considerando que a harmonia e a democracia se estabelecem com a boa relação, participação e proporção, qualitativa e quantitativa, dos setores público, privado e sociedade civil organizada, e da comunidade em geral, nas redes de cooperação;

considerando que o Desenvolvimento, para ser Harmônico e Sustentável (DHS),

Frangmento Pg. 2

Harmônico e Sustentável (DHS);

considerando que a Matriz de Convergência da Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS) indica como ponto de convergência: conhecer a realidade e/ou fomentar redes de cooperação, bem como, que preconiza os seguintes passos: 1- Escolher o ambiente/habitat; 2- fomentar a atuação interinstitucional; 3- fomentar a atuação institucional; 4- através de três abordagens: 4.1-conscientização e/ou necessidade, 4.2-meios e 4.3-incentivos; 5- em duas etapas: 5.1-escolher o foco prioritário e 5.2-mapear e integrar; 6- sempre a partir do foco prioritário e levando em consideração os critérios da Ação de PGS;

considerando a relevância da Matriz de Convergência da Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS) para o desenvolvimento, a replicação, o alinhamento e a integração de ações, atividades, projetos e políticas públicas aptas a implementar diretrizes, nacionais e internacionais, principalmente metas dos ODS e as relacionadas à Habitat III, adaptando-as à realidade local;

considerando a importância de se estabelecer foco(s) prioritário(s) para atuação integrada e sistêmica, bem como, a relevância dos planejamentos estratégicos, das gestões estratégicas, das atividades das corregedorias e dos demais órgãos de controle para a convergência, institucional e interinstitucional, notadamente nos momentos de crise;

considerando a importância da adoção da Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS) para efetividade, equidade sustentabilidade e a Paz, interna e externa, percebida como consciência do binômio Direitos-Deveres e exteriorizada na implementação de ações, atividades, projetos e políticas públicas de Desenvolvimento Harmônico e Sustentável (DHS) e, consequentemente, aptas a reduzir e/ou qualificar a Judicialização.

Resolvem firmar o presente Termo de Cooperação, nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Fragmento Pg. 3



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
GABINETE DO GOVERNADOR



CLÁUSULA SEGUNDA – DO COMITÊ DE TRABALHO

Para dar efetividade à Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com foco no objeto do presente Termo de Cooperação, fica estabelecido o grupo de trabalho intitulado Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, composto por representantes das instituições signatárias e com previsão de participação de representantes dos setores público, privado, sociedade civil organizada e da comunidade em geral que vierem a aderir ao presente Termo de Cooperação, que passarão a ser oficialmente membros da rede de cooperação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES DAS PARTES

Compete a **TODOS** os envolvidos:

a) fomentar a utilização dos Critérios da Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS), promovendo o mapeamento, a avaliação, o alinhamento e a integração, bem como, o desenvolvimento de indicadores, em âmbito institucional e na esfera interinstitucional, de ações, atividades, projetos e/ou políticas públicas, que contribuam para que sejam alcançadas diretrizes, nacionais e internacionais, dentre as quais metas dos ODS e as relacionadas à Habitat III, principalmente aquelas realizadas através de redes de cooperação e/ou que reduzem e/ou qualificam a Judicialização;

b) fomentar a utilização dos Critérios e da Matriz de Convergência da Ação de

Fragmento pg. 4

Anexo VI – Endereços das Defensorias Estaduais

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO ACRE

Observação: Cita que ajuíza questões de Saúde “Fazenda Pública – nas ações contra o Estado e Município, para fornecimento de medicamentos, internação hospitalar e para tratamento do toxicômano”.

Endereço: Rua Custódio Freire, nº 26 – Centro – Rio Branco – AC.

Telefone: (68) 3223-8859 (68) 3223-8317 / 3223-0745 / 3223-2554 / 3223-4304 / 3222-8774.

Site: www.defensoria.ac.gov.br

E-mail: defensoriageral@ac.gov.br, diretoriageral.dpg@ac.gov.br, diretoria.geral@ac.gov.br, gabinetegeral.defensoria@ac.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE ALAGOAS

Possui Núcleo Saúde na Defensoria de Maceió.

Endereço: Av. Fernandes Lima, nº 3296, Gruta de Lourdes – Maceió/AL.

Telefone: (82) 3315-2782

Site: www.defensoria.al.gov.br

E-mail: defensoria@defensoria.al.gov.br, info@defensoria.al.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO AMAPÁ

Endereço: Rua Eliezer Levy, nº 1157 Centro Macapá.

Telefone: (96) 2101-8510

Site: www.amapa.gov.br/estrutura-gov/defensoria.htm

E-mail: defensoria publica@bol.com.br, defenap.gov@hotmail.com, adv.valente@bol.com.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO AMAZONAS

Antes de ingressar com a ação, utiliza a citação via ofício para “realização de audiência junto aos representantes da municipalidade a fim de solucionar o conflito sem interferência do Judiciário”.

Endereço: Rua Maceió, nº 307 – Nossa Senhora das Graças – Manaus/AM.

Telefone: (92) 3233-2087 / (92) 3633-2955 / (92) 3642-0110 (gabinete)

Site: www.defensoria.am.gov.br

E-mail: gabinete@defensoria.am.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA

Possui Núcleo da Saúde na Defensoria de Salvador.

Endereço: Av. Ulisses Guimarães, nº 3.386, Edf. MultiCab Empresarial, Susuarana – Salvador – BA.

Telefone: (71) 3117-9001/ 9002

Site: www.defensoria.ba.gov.br

E-mail: gabinete@defensoria.ba.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO DO CEARÁ

Possui Núcleo da Saúde – NUDESA, na capital e atua também no interior do estado.

NÚCLEO CENTRAL DE ATENDIMENTO (Fortaleza)

Fone: (85) 3278.6773/3556

NÚCLEOS no INTERIOR

Núcleo da Defensoria Pública em Aracati

Telefone: (88) 3421.5933

Núcleo da Defensoria Pública em Caucaia

Telefone: (85) 3342.9551

Núcleo da Defensoria Pública em Juazeiro do Norte

Telefone: (88) 3587.1642

Núcleo da Defensoria Pública em Sobral

Telefone: (88) 3614.1608

Endereço: Av. Pinto Bandeira, 1111 – Luciano Cavalcante Fortaleza/CE

Telefone: (85) 3101-3434 / (85) 3101-3419 / (85) 3101-3425

Site: www.defensoria.ce.gov.br

E-mail: gabinete@defensoria.ce.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL

Possui Núcleo da Saúde.

Endereço: SCS – Quadra 04 – Bloco A – Ed. Zarife – 4º andar – Brasília/DF

Telefone: (61) 2196-4300 / (61) 2196-4301

Site: www.defensoria.df.gov.br

E-mail: diretoria.defensoria@gmail.com, diretoria@defensoria.df.gov.br

Saúde

Endereço: Edifício Venâncio 2000 – SCS – Bloco B60- 2º andar – sala 240

Defensor Coordenador: Celestino Chupel

Telefone: (61) 21964400 – (61) 21964404

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Endereço: Praça Manoel Silvino Monjardim, nº 54/ Centro.

Telefone: (27) 3222-1744 (27) 3222-8290 / (27) 3222-4249// gab. 3233-5966

Site: www.defensoria.es.gov.br

E-mail: defensoria@es.gov.br, defensorgeral@dp.es.gov.br

Núcleo Especializado: Defesa do Consumidor; Meio Ambiente, Habitação e Urbanismo; Atendimento Integral à Saúde e Educação em Direitos.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS

Endereço: Rua 72, nº 312 – Fórum Desor. Fenelon Teodoro Reis – Jardim Goiás

Telefone: (62) 3201-7025 / 3201-7024 / 0800 642 2744

Site: www.defensoriapublica.go.gov.br

E-mail: defensoria-publica@defensoriapublica.go.gov.br, cleomar-filho@defensoriapublica.go.gov.br, marcelo-soares@defensoriapublica.go.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO

Núcleo Psicossocial (resolução administrativa de conflitos na Saúde) – Rua da Estrela 421, Praia Grande, Centro.

Fone: (98) 3221-6110/ 3231 0958

Endereço: Rua da Estrela, 421 – Praia Grande – Centro Histórico – São Luis/MA.

Telefone: (98) 3221-1343

Site: www.dpe.ma.gov.br

E-mail: defensoriageral@dpe.ma.gov.br, judpema@hotmail.com, aldyfilho@hotmail.com

Núcleo de Defesa do Idoso, da Pessoa com Deficiência e da Saúde.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO

Em 2015, deu início a criação da Comissão Especial das Ações de Saúde no âmbito da Defensoria Pública. Conforme a Portaria nº 412/ 2015.

Endereço: Rua 04, Quadra 10, Lote 01, Setor A, Centro Político Administrativo.

Telefone: (65) 3613-3403 / 3400

Site: www.defensoriapublica.mt.gov.br

E-mail: gabinete@dp.mt.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Atua, através da sua área civil na área da Saúde.

Endereço: Parque dos Poderes – Av. Des. José Nunes da Cunha, Bloco IV/
Campo Grande/MS

Telefone: (67) 3318-2500 / (67) 3318-2502 (gabinete)

Site: www.defensoria.ms.gov.br

E-mail: gabinete-dpge@defensoria.ms.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Defensoria Especializada da Saúde, no 3º andar da sede da DPMG.

Endereço: Rua Bernardo Guimarães, nº 2640. Santo Agostinho – Belo Horizonte.

Telefone: (031) 3526-0309// 3526-0307// 3526-0313

Site: www.defensoriapublica.mg.gov.br

E-mail: gabinete@defensoria.mg.gov.br, subdefensoria@defensoria.mg.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ

Possui Núcleo da Fazenda Pública da Capital.

Endereço: Travessa Padre Prudêncio, 154 – Bairro do Comércio – Belém/PA

Telefone: (91) 3201-2713 / 2667

Celular: (91) 9941-3013

Site: www.defensoria.pa.gov.br

E-mail: dppara@defensoria.pa.gov.br, gabdpg@gmail.com

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA

Endereço: Parque Sólton de Lucena, 300 – Centro – João Pessoa – PB

Telefone: (83) 3221-6320/ 6327 (gab. 3218-5632/3221-5448)

Site: www.defensoria.pb.gov.br

E-mail: defensor@defensoria.pb.gov.br, vanildo@defensoria.pb.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ

Endereço: Rua Cruz Machado, 58 – Centro – Curitiba – PR

Site: www.defensoriapublica.pr.gov.br

E-mail: gabinete@defensoria.pr.gov.br

Sede de Paranaguá (litoral)

Palacete Mathias Böh – Rua Marechal Alberto de Abreu, 14 – Centro Histórico,

Telefone: (41) 3422-1625.

Sede Ponta Grossa (Centro-Oriental)

Rua Desembargador Joaquim Ferreira Guimarães, 66, Jardim Carvalho.

Telefone: (42) 3222-8063.

Sede Guarapuava (Centro-Sul)

Telefone: (42) 3627-6987

Sede Cianorte (Noroeste)

Telefone: (44) 3631-6515

Sede Maringá (Norte-Central)

Telefone: 44 3262-8447

Sede Cascavel (Oeste)

Telefone: (45) 3224-1471

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Endereço: Rua Marquês do Amorim, 127 – Boa Vista / Recife/PE

Telefone: (81) 3182-3701 / 3756/ gab. 3765

Site: www.defensoria.pe.gov.br

E-mail: mgtelles@defensoria.pe.gov.br, mgtelles@hotmail.com

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ

Endereço: Rua Nogueira Tapety, 138 – Bairro dos Noivos – Teresina – PI.

Telefone: (86) 3232-0350 / (86) 3233-7407 / 3233-6954

Site: www.defensoria.pi.gov.br

E-mail: defensoriapublica@defensoria.pi.gov.br, subdefensoria@defensoria.pi.gov.br, corregedoria@defensoria.pi.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Endereço: Avenida Marechal Câmara, 314 – 2º andar – Centro.

Telefone: (21) 2332-6224 / 6190

Site: www.portaldpge.rj.gov.br/Portal/

E-mail: dpgerj@dpge.rj.gov.br, gabinete@dpge.rj.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE

Núcleo de Saúde – NUDESA

Endereço: Av. Duque de Caxias, 102-104, Ribeira – Natal/RN

Fone: (84) 3212-7413.

Endereço: Av. Duque de Caxias, 102, Ribeira – Natal/RN

Telefone: (84) 3232-7451 / 7459 (84) 3232-9758

Site: www.defensoria.rn.gov.br

E-mail: defensoriapublica@rn.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Núcleo de Defesa da Saúde – NUDS.

Fone: (51) 3211-2233.

Rua Sete de Setembro, 666 – Centro Histórico. Porto Alegre – RS

CEP: 90010-190.

Fone geral: (51) 3212-9173.

Site: <http://www.defensoria.rs.gov.br/inicial>

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RONDÔNIA

Endereço: Rua Padre Chiquinho número 913 ? Bairro Pedrinhas – Porto Velho.

Telefone: (69) 3216-5051 / 5053

Site: www.defensoria.ro.gov.br

E-mail: contato@defensoria.ro.gov.br, imprensa@defensoria.ro.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA

Endereço: Rua General Penha Brasil, nº 730, São Francisco – Boa Vista.

Telefone: (95) 2121-4776 / 4750 // Celular: (95) 9902-6036

Site: www.defensoria.rr.gov.br

E-mail: dperr@hotmail.com

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Pela área Cível compreende a defesa de interesses em ações possessórias de despejo, para tutela da moradia, para fornecimento de medicamentos, internação hospitalar de tratamento de toxicômano e para garantir o direito à educação.

Endereço: Avenida Othon Gama D'Eça, Nº 622 – Ed. Luiz Carlos Brunet.

Telefone: (48) 3665-6370

Site: www.defensoria.sc.gov.br/

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Participa do Comitê Estadual de Monitoramento e Resolução das Demandas da Assistência à Saúde.

Endereço: Rua Boa Vista, nº 200, Centro, São Paulo – SP

Telefone: (11) 3105-9040 / (11) 3106-1888 / 1889 (gabinete)

Site: www.defensoria.sp.gov.br

E-mail: dpg@defensoria.sp.gov.br

<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/0/documentos/atendimento/folders/Medicamentos.pdf>

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

Possui NUDESA.

Endereço: Travessa João Francisco Silveira Sobral (Barão de Maruim) nº 115,
São José, Aracaju – SE

Telefone: (79) 3179-7446 / 7454

Fax: (79) 3179-7446

Site: www.defensoria.se.gov.br

E-mail: raimundo.veiga@defensoria.se.gov.br, defensoria.geral@defensoria.se.gov.br

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO TOCANTINS

Possui NUSA – Núcleo Especializado de Defesa da Saúde.

Endereço: Quadra 502 Sul, Avenida Joaquim Teotônio Segurado. Palmas/ TO

Telefone: (63) 3218-6736 / 6713

Site: www.defensoria.to.gov.br

E-mail: gabinete@defensoria.to.gov.br



Sede

SGAN 601 – Módulo N
CEP: 70830-010
Asa Norte – Brasília/DF
Tel/Fax: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus
CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

/PortalCNM

@portalcnm

/TVPortalCNM

/PortalCNM

