

DIREITO À SAÚDE

Direito à saúde pública e sua defesa por ações coletivas

Por André da Silva Ordacgy – Defensor Público Federal no Rio de Janeiro

Foto: <http://publicdefensory.org/wp-content/uploads/2016/11/Banksy-Doctor-detail-152x122cm.jpg>



“Pouca saúde e muita saúva, os males do Brasil são”.

Mário de Andrade, Macunaíma

O direito à saúde insere-se numa dimensão social, fruto da evolução dos direitos humanos fundamentais e do conceito de cidadania plena. Ele pode ser considerado o direito humano e social mais importante, de caráter universal, essencial e inafastável, porque umbilicalmente ligado ao direito à vida, o que se percebe por seus antecedentes históricos e pelo alto nível de normatização da matéria no âmbito dos direitos interno e internacional.

A saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva es-

tatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais. Em outras palavras, a saúde é direito social fundamental, o qual deve ser implementado pelo Estado por meio de políticas públicas e sociais que propiciem seu gozo efetivo.

No plano do direito interno, de tal importância a saúde apresentou-se ao poder constituinte, que a vigente Constituição da República Federativa do

Editorial

Por Fernando Mauro Barbosa de Oliveira Junior

Página 3

DPU em dados e atuação na área da saúde: achados de uma experiência local

Por Leonardo do Amaral Pedrete

Página 4

O direito à saúde e a Defensoria Pública da União

Por Mariana Cavalcante Ouverney

Página 6

Judicialização do direito à saúde

Por Sheila Guarezi Zandomeneco

Página 7

A nova face da judicialização da saúde no Brasil

Por Karine de Carvalho Guimarães

Página 8

SUS Mediado: a Defensoria Pública em busca de soluções extrajudiciais para os conflitos relativos à efetivação do direito à saúde

Por Leonardo Muniz Ramos da Rocha Júnior

Página 9

Entrevista

Entrevista concedida por Jonas Brant

Página 11

Notas

Página 12

Brasil, além de incluí-la entre os direitos sociais, dedicou seção exclusiva ao tema (Título VIII, Capítulo II, Seção II, arts. 196 ao 200). O art. 196 assim expressa: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Carta Política de 1988 consagra como fundamento da República, em seu art. 1º, inc. III, a dignidade da pessoa humana. Mais ainda, o art. 5º, *caput*, garante a todos o direito à vida, bem que deve ser resgatado por uma única atitude responsável do Estado, qual seja, o dever de fornecimento da medicação e/ou da intervenção médica necessária a toda pessoa que dela necessite. O direito à saúde, além de se qualificar como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.

É a consagração da teoria do mínimo existencial de dignidade humana. Isto é, há um ponto do qual nem mesmo os desfavorecidos podem ser afastados, de modo que fazem jus, ao menos, aos direitos considerados mais básicos ao ser humano, como o direito à saúde, à liberdade e à vida.

No plano infraconstitucional, a saúde encontra regulamentação na Lei nº 8.080/90, que cria o Sistema Único de Saúde - SUS, no qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, orientando-se pelos princípios do acesso universal, da integralidade e da igualdade de assistência.

Infelizmente, a má-gestão administrativa e financeira do SUS, o sucateamento dos grandes hospitais públicos, a escassez de profissionais médicos e, por vezes, o desvio de verbas da saúde, têm prejudicado demasiadamente o sistema público de saúde.

A notória precariedade do sistema público de saúde brasileiro, bem como o insuficiente fornecimento gratuito de medicamentos e/ou de tratamentos médicos pelos órgãos públicos, muitos dos quais demasiadamente caros até para as classes de maior poder aquisitivo, têm feito a população civil socorrer-se das tutelas judiciais de saúde para a efetivação do seu tratamento médico, fenômeno esse que veio a ser denominado de **judi-**

cialização da saúde.

É inquestionável que o direito à saúde deve ser entendido em sentido amplo, não se restringindo apenas aos casos de risco à vida ou de grave lesão à higidez física ou mental, mas deve também abranger a hipótese de se assegurar um mínimo de dignidade e bem-estar ao paciente, como, por exemplo, quando a Defensoria Pública garante, por medida judicial, o fornecimento de medicamento para disfunção erétil a um paciente tetraplégico.

Dessa forma, incluem-se no direito fundamental à saúde até mesmo aqueles medicamentos ou tratamentos médicos não contemplados administrativamente em listagem oficial do SUS, visto que a norma constitucional do art. 196 tem natureza elástica e caráter imperativo sobre as normas regulamentares administrativas baixadas pelo Poder Executivo.

O Estado deve desenvolver as atividades de saúde dos níveis mais básicos de cuidado até os mais complexos. Isso deve incluir, nos casos em que não for viável a internação do paciente, mas este precisar de assistência médica integral e contínua no seu próprio domicílio, o sistema de serviço de saúde domiciliar (*home care*),

Aliás, o sistema de *home care* (serviço de saúde domiciliar) acompanha a atual tendência mundial de desospitalização, consistindo em estratégia que diminui os riscos da contração de infecção intra-hospitalar e possibilita uma otimização dos leitos hospitalares, além de proporcionar um melhor atendimento das necessidades terapêuticas do paciente, integrando a promoção da saúde com os fatores ambientais, psicossociais, econômicos e culturais que afetam o bem-estar da pessoa e de sua família

Por derradeiro, os entes públicos muito têm criticado a **judicialização** da saúde, principalmente sob a alegação de que essa “intromissão indevida” do Judiciário irá acarretar, num futuro próximo, na inoperância total do sistema público de saúde, haja vista os representativos gastos financeiros disponibilizados para a cobertura das decisões judiciais, que consomem uma boa parte do orçamento da Saúde.

Nas tutelas de saúde, o Estado tem argumentado em sua defesa a aplicação da teoria da reserva do possível financeira e orçamentária, que consiste na ideia de que os recursos públicos são limitados,

enquanto que as demandas sociais são ilimitadas. Com base nisso, o Estado teria discricionariedade para eleger as políticas públicas que deseja implementar.

Não merece prosperar tal argumentação, visto que o direito à saúde constitui o direito mais básico e essencial do ser humano, razão de ser da própria criação do Estado, motivo pelo qual merece máxima prioridade, devendo sobrepor-se a outras destinações orçamentárias. Aliás, para uma perfeita prestação de saúde pública, faz-se necessário um adequado controle das verbas orçamentárias, em todos os níveis (não só na execução das verbas, mas também na elaboração do orçamento).

Sob a ótica da defesa dos interesses da coletividade, a Defensoria Pública veio ganhando novas atribuições legais e constitucionais, especialmente no campo das ações coletivas. Nesse passo, foi considerado extremamente oportuno o advento da Lei nº 11.448/07, que fez a inclusão expressa da Defensoria Pública no rol de legitimados para a propositura da ação civil pública, haja vista a credibilidade e o prestígio de que essa Instituição goza junto à população em geral.

Os benefícios desta novel legitimação da Defensoria Pública foram gigantescos para a sociedade, visto que não mais será necessário ajuizar demandas individuais repetidamente (pulverização de ações), podendo haver a substituição de milhares de ações individuais por uma única tutela coletiva. A utilização da ação civil pública pela Defensoria acarretará cada vez mais no combate à exclusão social, através da propiciação de efetivo acesso à justiça, e em significativa desburocratização do órgão estatal judiciário, através da diminuição das demandas individuais, com o consequente desafogamento de processos.

Obviamente que a tutela coletiva de saúde não colide nem prejudica de forma alguma a tutela individual, muito pelo contrário, complementam-se.

Portanto, com a legitimidade ativa coletiva da Defensoria Pública, não há dúvida de que o atendimento à população está sendo realizado de forma mais abrangente, uniformizadora e potencializadora das atividades do defensor público. Prova disso são as numerosas ações civis públicas promovidas pelas Defensorias Públicas, objetivando a implementação de políticas públicas de saúde.



Foto: <https://medium.com/brasil/sem-dinheiro-sem-convenio-94d3ae2fd28a>

A terceira edição do Fórum DPU deste ano se debruça sobre o direito à saúde, que embora seja qualificado no texto constitucional como direito de todos e dever do Estado, é diariamente violado em nosso país.

O artigo da capa, elaborado pelo Dr. André Ordacgy, ressalta a importância da atuação da Defensoria Pública nas tutelas coletivas de saúde, a fim de garantir o direito à saúde não apenas nos casos de evidente risco à vida, mas também no sentido de assegurar o direito à saúde em sentido mais amplo, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Em seguida, o doutorando e Sociólogo lotado na DPU de Santa Maria/RS, Leonardo do Amaral Pedrete, apresenta, de maneira breve, resultados de pesquisa de sua autoria a respeito das principais demandas relacionadas à saúde recebidas nos balcões de atendimento daquela Undiade da DPU. O artigo revela que, embora o Rio Grande do Sul seja o estado brasileiro com o maior número de processos de pedi-

dos de medicamento no País, e Santa Maria, a cidade com o maior número de processos no âmbito do estado, esse Município apresenta especificidades com relação às demandas de saúde.

A Socióloga Mariana Ouverney, da DPU de Aracaju, dedica seu texto à abordagem da judicialização da saúde em um contexto mais amplo de judicialização política, e à interpretação desse fenômeno como importante porta de acesso ao direito à saúde em meio às dificuldades pelas quais passam as políticas públicas no Brasil.

Ainda no contexto da judicialização, a Dra. Sheila Zandomeneco defende em seu artigo a necessidade de que se dê a maior efetividade possível à saúde, visto que se trata de norma fundamental. Nesse sentido, a autora afasta a alegação da reserva do possível e da falta de recursos como manobra do Estado em relação à problemática.

A Dra. Karina Guimarães se propõe a apresentar uma nova face da judicialização da saúde no Brasil, ao contrapor os dois lados da discussão sobre esse fenômeno. De um lado, há os que defendem a real contribuição da judicialização para o avanço do di-

reito à saúde; de outro, os que postulam a perpetuação da distribuição desigual dos gastos públicos, na medida em que nem todos têm acesso aos mesmos direitos.

À contramão da judicialização, o artigo elaborado pelo Dr. Leonardo Muniz se dedica à busca pela concretização do direito à saúde por intermédio de técnicas processuais e extrajudiciais de resolução de conflitos. Nesse cenário, o Defensor destaca o papel da Defensoria Pública nesses processos, especialmente, ao criar condições para que o cidadão seja protagonista do processo de resolução de suas próprias demandas, conferindo-lhe autonomia.

Por fim, como de costume, temos a opinião de uma pessoa externa à Instituição. Nesta edição, o professor do Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Jonas Brant, apresenta seu ponto de vista a respeito de questões em âmbito mais geral, abrangendo a governança global no que tange à proteção da saúde, e, também, em âmbito mais específico sobre a atuação dos atores judiciais nas questões de acesso à saúde.

Desejamos a todos boa leitura!

DPU em dados e atuação na área da saúde: achados de uma experiência local

Por Leonardo do Amaral Pedrete – Sociólogo na DPU em Santa Maria/RS

Foto: <http://www.blogdoguano.com.br/v1/2014/11/15/sobre-dinheiro-faltam-remédios-na-saude-de-illeus/>



Quais são as pretensões mais frequentemente recebidas pela Defensoria Pública da União? Como as demandas têm evoluído ao longo dos últimos anos? Que resultados têm obtido os processos de assistência jurídica? Quais os estratos sociais efetivamente atendidos pela instituição? A partir de 2010, a fim de obter respostas rigorosas e sistemáticas a essas questões, o Setor de Sociologia da DPU em Santa Maria/RS (DPU/SM) desenvolve o projeto **DPU/SM em Dados**. Desde então, os achados obtidos apontam para um denominador comum: cada vez maior protagonismo da saúde como fator de mobilização do sistema de justiça por parte de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Os 23 municípios que compõem a circunscrição da Justiça Federal sediada em Santa Maria totalizam uma população de cerca de 420.000 pessoas, conforme o Censo IBGE de 2010. Santa Maria possui aproximadamente 300 mil habitantes, sendo a quinta cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Sul. Desde 1970, a cidade abriga o HUSM, que também é Hospital-Escola vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), atendendo ao desenvolvi-

mento de ensino, pesquisa e assistência em saúde. O Hospital compõe a 4ª CRS e é referência de média e alta complexidade para a região central do estado.

Não raro, a busca pela garantia do acesso à saúde em Santa Maria é descrita como uma **via-crúcis**¹. Se, por um lado, o Brasil é reconhecido mundialmente como um expoente da judicialização da saúde²; e o Rio Grande do Sul é o estado líder no *ranking* de processos de pedidos de medicamentos no país; por sua vez, Santa Maria aparece como a cidade com maior número de processos judiciais deste tipo no Estado, com mais do que o dobro de Porto Alegre. Com frequência, a falta de repasses orçamentários entre os entes federativos e a demora na abertura do Hospital Regional são razões invocadas para explicar localmente a chamada

¹FONSECA, M. Uma burocracia nada saudável, 2013. In: **Jornal A Razão**. Santa Maria. Disponível em: <<http://www.arazao.com.br/2013/08/uma-burocracia-nada-saudavel/>>. Acesso em: 6 ago. 2014.

²BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. 2016, vol.23, n.1., pp.173-192. Acesso em: 16 set. 2016.

“crise na saúde pública”³.

Tal cenário tem um impacto evidente na atuação da DPU/SM, atestado pelos levantamentos descritivos do **DPU/SM em Dados**. Baseada em uma análise anual de cada processo eletrônico de assistência jurídica (PAJ), a coleta de dados proporciona achados valiosos sobre a efetiva atuação da instituição. Levando-se em conta o número de atendimentos iniciais no período de 2011 a 2016, as demandas cíveis de saúde saíram do terceiro lugar do *ranking* de matérias mais acionadas para o topo da lista por três anos consecutivos, ultrapassando as demandas previdenciárias e outros casos cíveis. Somando-se as pretensões de saúde (35% dos atendimentos iniciais em 2016) àquelas relativas à previdência e assistência diretamente relacionadas à condição de saúde da pessoa (como BPC

³ANTONELLO, L.; FONTANA, M. (2015) Em série de reportagens, veja como está a situação da saúde pública em Santa Maria e na região, 2015. **Jornal Diário de Santa Maria**. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policial/noticia/2015/07/em-serie-de-reportagens-veja-como-esta-a-situacao-da-saude-publica-em-santa-maria-e-na-regiao-4799452.html>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

por deficiência ou incapacidade, auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), estima-se que ao menos metade dos atendimentos do núcleo são motivados por questões de saúde.

Embora as demandas de medicamentos sejam a faceta mais popular conhecida da chamada judicialização da saúde e a DPU atenda a diversas outras demandas relacionadas ao acesso à saúde (tais como internações, exames, consultas especializadas, equipamentos e materiais de saúde, dentre outros), a realidade santa-mariense de mobilização da assistência jurídica gratuita assume traços bastante específicos. De 2011 a 2016, enquanto se registrou uma queda significativa dos atendimentos relativos a medicamentos, os pedidos de cirurgia se tornaram quase seis vezes mais frequentes, tomando a ponta da lista de demandas mais frequentes da DPU-SM. O próprio fato de nunca ter havido no Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União (SISDPU) uma rubrica específica para as demandas de cirurgia (que corresponderam a 13,2% do total de PAJs instaurados pela DPU-SM em 2016) corrobora o caráter peculiar do contexto santa-mariense.

Quem acessa a DPU-SM para demandas de saúde? Os dados estratificados sobre perfil dos assistidos revelam que, embora a maioria dos respondentes se declarem brancos em todas as matérias (em 80,5% do total de PAJs abertos em 2016), é nos casos relativos à saúde onde se encontram os maiores percentuais de pessoas assistidas que se consideram pardas ou pretas (33,2% e 14,4%, somando 47,5%; significativamente acima da média geral, 18,3%). A parcela de idosos dentre as demandas de saúde também a maior em comparação a todos os outros tipos de atendimento (38,2%, contra a média geral de 28,2%). A parcela feminina de pessoas assistidas nos casos de saúde é ligeiramente superior ao observado no total de PAJs (51,2% contra 45,4%). Embora o percentual de assistidos cuja renda familiar é inferior a 3 salários mínimos nos

casos de saúde (76,9%) seja inferior à média geral (81%); ele é discretamente inferior ao observado nos demais casos cíveis (77,6%). De todo modo, tais dados permitem problematizar a noção corrente de que a judicialização da saúde é um monopólio das camadas médias e privilegiadas.

A prevalência de demandas de saúde na DPU-SM ensejou a realização de pesquisas aprofundadas que forneceram achados sobre o processamento administrativo e judicial das pretensões, contemplando especialmente as dimensões da eficácia e do tempo de tramitação das demandas de medicamentos e cirurgias⁴. Percebeu-se que menos da metade (41%) das demandas de saúde é judicializada, evidenciando o fato de que parte significativa da atuação da DPU é extrajudicial. Quanto ao tempo de tramitação,

⁴ ANTONELLO, L.; FONTANA, M. (2015)

Em série de reportagens, veja como está a situação da saúde pública em Santa Maria e na região, 2015. **Jornal Diário de Santa Maria**. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policial/noticia/2015/07/em-serie-de-reportagens-veja-como-esta-a-situacao-da-saude-publica-em-santa-maria-e-na-regiao-4799452.html>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

os dados indicam – provavelmente pela maior dificuldade de obtenção de consultas e laudos, bem como a realização de perícias – que o tempo médio de entrega da documentação completa nos casos de cirurgia é cinco vezes maior do que nos pedidos de medicamentos; e o tempo de espera pelo proferimento de decisão a partir do ajuizamento, três vezes maior. O índice de improcedência nos pedidos judiciais de cirurgia (13,3%) foi significativamente superior ao visto em casos de medicamentos (6,3%). Mais da metade das demandas judicializadas de cirurgia se relacionavam à traumatologia. As patologias mais frequentes referentes a diferentes tipos de artrose, sendo o procedimento mais comumente pleiteado o de artroplastia ou revisão de artroplastia.

Assim, as demandas de cirurgias traumato-ortopédicas aparecem como um caso limite e emblemático desse quadro local crítico, que se reflete cada vez mais na busca de assistência jurídica gratuita como mediação para a luta pela garantia do acesso à saúde. Neste processo, é indispensável que a DPU atue de maneira cada vez mais embasada, transparente e responsiva em relação à sociedade.



Foto: <https://medium.com/brasil/sem-dinheiro-sem-comentio-94d3ac2d28a>

O direito à saúde e a Defensoria Pública da União

Por Mariana Cavalcante Ouverney – Socióloga na Defensoria Pública da União em Aracaju/SE

A compreensão do fenômeno da **judicialização da saúde** passa por um contexto mais geral de **judicialização da política**, que consiste na intervenção do Judiciário em diversas políticas públicas de interesse social, tais como: meio-ambiente, saúde pública, sociedades tradicionais, patrimônio, cidadania, consumo. Um grande instrumento para a atuação do Ministério Público, Defensoria Pública e demais atores nesse sentido tem sido a Ação Civil Pública.

Cabe ressaltar que muitas vezes o cidadão não conhece as vias administrativas para acesso a medicamentos e os próprios profissionais de saúde têm dificuldade em ter acesso às listas de medicamentos de financiamento público. A ampla divulgação dos elencos de medicamentos pertencentes aos diferentes Componentes de Assistência Farmacêutica, segundo a legislação, bem como dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde é de extrema necessidade e importância para facilitar o acesso ao Direito à Saúde. A Lei 12.401/11 surge justamente como uma tentativa de padronizar a assistência terapêutica e a incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS. No entanto, muitas vezes o SUS demora a atualizar sua lista de medicamentos oficiais, motivo pelo qual, as ações judiciais têm sido um importante caminho para o acesso a medicamentos de última geração. Outro fato que merece destaque é que o predomínio de prescrições médicas judicializadas originadas no SUS pode indicar falha das políticas públicas de medicamentos, seja pela não garantia do acesso aos medicamentos que deveriam ser fornecidos pelo SUS, seja pela não adesão dos profissionais da rede pública às listas oficiais. Tal fato pode ser ainda um indicativo de atraso na incorporação de novos medicamentos às listas oficiais.

Em pesquisa realizada em 2011

sobre os principais motivos citados pelo Judiciário nas decisões de Tutela Antecipada Indeferida e/ou Processos Judiciais Improcedentes nas pretensões relacionadas a Saúde-Medicamentos na DPU/RJ, destacamos: **Alimentação e material higiênico**- Os produtos não estão relacionados ao direito de efetividade da saúde amparado pelo SUS e sim à política pública na área de assistência social. **Cirurgia**- Não há qualquer elemento que demonstre que deva ter a parte autora atendimento priori-



<http://caosnasaudepublica.blogspot.com.br/2015/>

tário. Além disso, o critério médico, e não o jurídico, é que deve determinar a ordem de precedência na fila de espera/ Deve apresentar laudo médico preferencialmente emitido por médico do SUS, indicando expressamente a realização do referido tratamento no caso concreto, e sua imprescindibilidade e urgência. **Diversas Pretensões**- Não é correto assumir o lugar do administrador público. **Medicamento**- Não ficou comprovada a impossibilidade de substituição do medicamento solicitado por outro que conste em listagem oficial/ Não se prova o risco de lesão grave e/ou de difícil reparação, em razão da fragilidade do atestado apresentado, havendo presunção de um risco inverso à Administração, por ter de licitar medicamento que ainda não o foi, apesar

de hipoteticamente possuir alternativas já compradas/ Não há comprovação da negativa administrativa dos entes federativos/ Não restou comprovada hipossuficiência/ Classificou o pedido como genérico “e outros medicamentos eventualmente necessários ao tratamento”/ Pedido da antecipação de tutela e do mérito são os mesmos.

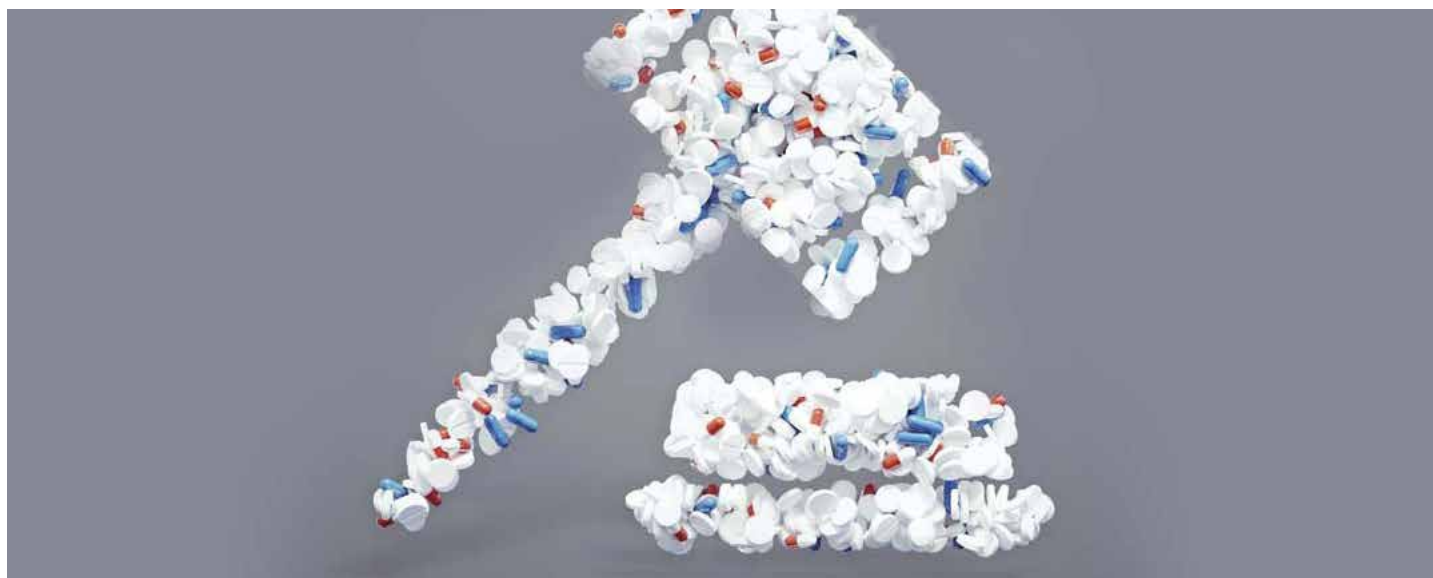
Podemos concluir que a “judicialização da saúde” tem se configurado em um importante acesso ao direito de saúde dos cidadãos, diante das falhas das políticas públicas no Brasil. Sem dúvida, um importante elemento para que o Executivo procurasse melhorar suas políticas públicas e interinstitucionais na área de saúde foi a atuação das Defensorias Públicas, Ministério Público e Judiciário na questão, com um expressivo número de liminares e sentenças favoráveis aos autores das ações, obrigando o SUS a fornecer os remédios ou procedimentos médicos necessários. No entanto, o sucesso da atuação da DPU nas resoluções extrajudiciais¹ pode sinalizar uma deficiência na comunicação e orientação dos pacientes com relação aos procedimentos para atendimento das demandas de saúde no SUS. Isso indica a necessidade de padronização e ampla difusão dessas informações nos próprios órgãos de saúde. De qualquer maneira, fica claro que há um peso muito maior na resolução extrajudicial quando uma instituição pública com poderes mais amplos, incluindo a judicialização da demanda, interfere na questão, mesmo que seja administrativamente. O cidadão precisa de um defensor à altura do Leviatã!

¹Resolução Administrativa ou Extrajudicial é um dos instrumentos que possui a Defensoria Pública para dar acesso ao direito para os cidadãos, sem a necessidade de instauração de um processo judicial. Exemplos: ofícios, acordos, conciliações, mediação, arbitragem, Termo de Ajustamento de Condução (TAC), etc.

Judicialização do direito à saúde

Por Sheila Guarezi Zandomeneco – Defensora Pública Federal em Dourados/MS

Foto: <http://www.comas.org.br/consensus/o-direito-saude-exigido-na-justica/>



A Constituição Federal de 1988, no artigo 6º, reconhece expressamente o direito à saúde como direito fundamental; e nos artigos 196 a 200 dispõe, ainda, sobre o modo de sua efetivação.

O Estado Brasileiro assumiu, ademais, obrigações internacionais no sentido de implementar tal direito, como o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pelo Brasil em 1992, e o Protocolo à Convenção Americana referente aos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pelo Brasil em 1996.

Entretanto, na prática, a implementação desses direitos encontra obstáculos principalmente em razão do seu custo, considerando-se a limitação de recursos disponíveis ao Estado para atendimento, de forma eficaz, da saúde da grande população brasileira.

Por essa razão, uma expressiva quantidade de ações é ajuizada visando à concretização do direito à saúde por meio da imposição, aos entes públicos, da obrigação de fornecer medicamentos ou tratamentos médicos.

Surgem, então, duas correntes a respeito do papel do Poder Judiciário na efetivação do direito social à saúde: a primeira, que sustenta a intervenção judicial para a concretização do direito à saúde, considerando-se a força normativa da Constituição e a indispensabilidade de tal direito para a realização da dignidade da pessoa humana; e a segunda, contrária à intervenção do Po-

der Judiciário, considerando que a concretização do direito à saúde se dá por meio de políticas públicas, que devem obedecer à conveniência e à oportunidade dos agentes políticos competentes, que devem fazer escolhas alocativas dos escassos recursos existentes¹.

Nesse contexto, é necessário ressaltar que muitos princípios constitucionais entram em cena quando se fala em proteção aos direitos sociais. Dentre eles, o princípio da vedação ao retrocesso social ou do não retrocesso social, que nas palavras de Canotilho²: [...] A “proibição de retrocesso social” nada pode fazer contra as recessões e crises econômicas (reversibilidade fática), mas o princípio em análise limita a reversibilidade dos direitos adquiridos (ex.: segurança social, subsídio de desemprego, prestações de saúde), em clara violação do princípio da proteção da confiança e da segurança dos cidadãos no âmbito econômico, social e cultural, e do núcleo essencial da existência mínima inerente ao respeito pela dignidade da pessoa humana.

Isso significa que à saúde, como norma fundamental, deve ser dada a maior efetividade possível. Deste modo, não se pode admitir a discussão

¹MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. *Curso de Direito Constitucional*. 5 ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010, pp. 829-830

²CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 7ª ed., 11 reimp. Coimbra: Almedina, 2011. p. 340

sobre o direito sanitário sempre na seara da alegação da **reserva do possível** e da falta de recursos públicos. O controle judicial do direito à saúde deve ser sempre realizado no sentido de respeitar, proteger, efetivar e garantir tais direitos.

O orçamento, obviamente, deve ser otimizado. Mas contornar o problema da saúde pública no Brasil justificando na ausência de recursos financeiros significa desconsiderar a necessidade de proteção à dignidade humana, visto que direito à saúde está vinculado à vida e à integridade física.

Ademais, o Supremo Tribunal Federal já vem aplicando a pena de litigância de má-fé aos entes públicos que, interpondo recursos manifestamente infundados, insistem na tese da inexistência do dever solidário de todos eles quanto ao fornecimento de medicamentos aos cidadãos.

Um dos princípios norteadores do direito à saúde é a integralidade da assistência. Assim, não é justificável negar a um cidadão o direito a uma vida digna e à, muitas vezes, única opção de lhe dar uma chance de vida saudável.

Não é admissível que o direito à saúde seja tratado como um direito formal.

Ele deve ser efetivo, proporcionando ao cidadão o acesso irrestrito aos meios necessários à sua efetivação, para que, assim, seja observado o princípio constitucional fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/1988).

A nova face da judicialização da saúde no Brasil

Por Karine de Carvalho Guimarães - Defensora Pública Federal em Salvador/BA



justa, através de melhorias estruturais no sistema de saúde pública, beneficiando um grupo maior. Neste cenário, nenhum ator melhor que a Defensoria Pública para garantir que esse benefício seja voltado às comunidades mais necessitadas.

Além disso, a questão da má-gestão dos recursos disponíveis não pode ser desconsiderada e, nesse sentido, revela-se fundamental a intervenção do Judiciário. Analisando dados relativos a despesas públicas em saúde, Ocké-Reis e Marmor² alertam sobre a contradição entre a forma como a Constituição prevê o direito à saúde (acesso universal e cuidados abrangentes) e a despesa pública correspondente, considerada inadequada para garantir esse direito. Afirmam que o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma promessa não cumprida e que, ao longo da sua existência, o Estado não conseguiu cumprir os direitos relacionados à saúde estabelecidos na Constituição Brasileira.

Outra crítica muito relevante que faz a doutrina internacional sobre a judicialização da saúde no Brasil é que os litígios concentram-se, na sua maioria, nas regiões mais desenvolvidas do País e, por essa razão, acabariam não beneficiando a camada mais necessitada da população³. Assim, mais uma vez, se revela a importância da efetivação das ações de saúde por meio das ações coletivas

²Carlos Octávio Ocké-Reis and Theodore R. Marmor, 'The Brazilian National Health System: an unfulfilled promise?' (2010) 25 International Journal of Health Planning and Management 318

³Neste sentido: Ana Paula de Barcellos, 'Sanitation Rights, Public Law Litigation, and Inequality: A Case Study from Brazil' (2014) 16 Health and Human Rights Journal 35; Octavio L. Motta Ferraz, 'Health Inequalities, Rights, and Courts: The Social Impact of the Judicialization of Health' em Alicia Ely Yamin e Siri Gloppen (eds), *Litigating health rights: Can courts bring more justice to health?* (Harvard University Press, 2011) Capítulo 4 e Florian F. Hoffmann e Fernando R. N. M. Bentes, 'Accountability for Social and Economic Rights in Brazil' em Varun Gauri and Daniel M. Brinks, *Courting Social Justice. Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World* (Cambridge University Press, 2008) Capítulo 3.

O compromisso assumido pela República Federativa do Brasil em assegurar o direito à saúde, seja de acordo com os tratados internacionais que ratificou, seja de acordo com a legislação doméstica, não tem impedido que o acesso a este direito humano fundamental permaneça insatisfatório, sobretudo para a camada mais pobre da população.

Nesse sentido, a crescente interferência do Judiciário em ações de acesso ao direito à saúde deu origem a um intenso debate entre estudiosos, sem um consenso sobre os impactos dessa judicialização nas políticas públicas de saúde. Enquanto alguns argumentam que esse processo é positivo para o desenvolvimento do direito à saúde e pode beneficiar preponderantemente grupos vulneráveis, outros postulam que a judicialização permite que grupos privilegiados tenham acesso a tratamentos caros, resultando em uma distribuição injusta dos gastos públicos.

Na doutrina estrangeira, essa discussão sobre o modelo brasileiro das demandas de saúde tem ocorrido principalmente sob o foco das ações individuais e as escassas referências à atuação coletiva ainda estão mais atreladas à atuação do Ministério Público. É necessário, portanto, abordar as críticas da doutrina estrangeira sobre o modelo de judicialização da saúde no Brasil, levando em conta a atuação das Defensorias Públicas, por meio das ações coletivas.

Uma das questões mais controversas e difíceis de enfrentar em litígios de saúde está relacionada à escassez de recursos financeiros do Estado, notadamente em face do caráter universal dos bens sociais que emanam do direito à saúde no plano constitucional. Não é viável para qualquer sistema público suportar, de modo irrestrito, os custos de tratamentos benéficos para a saúde de seus cidadãos. Com base nessa dificuldade, a doutrina estrangeira critica a forma de interferência judicial nos casos de saúde no Brasil. Wang¹ avaliou os julgamentos do Supremo Tribunal Federal sobre esses casos e concluiu que uma abordagem centrada no paciente ainda prevalece nas decisões, resultando em "injustiça na distribuição de cuidados de saúde".

A escassez de recursos financeiros requer – para ser atenuada – a justa distribuição dos recursos de saúde, com prioridade às classes sociais economicamente menos favorecidas. Assim, o dilema da alocação de recursos em casos de justiça distributiva é uma realidade que não pode ser ignorada. No entanto, o manejo de ações coletivas para tratar das demandas de saúde pode contribuir para promover uma divisão de bens mais

¹Daniel W. L. Wang, 'Courts and health care rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court' (2012) *Health Economics, Policy and Law* 1-19

da Defensoria Pública, como forma de levar à concretização deste direito social às mais carentes regiões do País, campo em que a DPU já tem se estruturado para avançar, notadamente com a criação das funções de Defensor Regional de Direitos Humanos.

Uma terceira crítica ao modelo brasileiro de litigância na saúde é que este seria excessivamente direcionado para reivindicar medicamentos ou tratamentos para indivíduos⁴. Aqui, novamente, se levamos em conta a feição dos litígios

⁴Daniel W. Liang Wang e Octavio Luiz Motta Ferraz, 'Reaching Out to the Needy? Access to Justice and Public Attorney's Role in Right to Health Litigation in the City of São Paulo' (2013) 18 SUR – International Journal on Human Rights 159

de saúde patrocinados pelas Defensorias Públicas, em atuação coletiva, veremos que o modelo de atuação destas Instituições atenua os problemas atinentes ao excesso de demandas individuais.

Primeiro, porque a Defensoria busca inicialmente a solução extrajudicial das demandas de saúde, através da articulação com entes estatais e conselhos de saúde e segundo, porque, quando necessário recorrer ao Judiciário, a tendência é que a atuação se dê prioritariamente através das ações coletivas. Claro que essa prioridade na atuação coletiva se dá sem prejuízo da atuação da Defensoria nas demandas individuais, quando necessário. No entanto, a solu-

ção dialógica e consensual da demanda, no plano coletivo, aumenta a garantia de cumprimento pelo Estado, alcançando resultados mais eficazes, quando comparados aos casos de adjudicação do direito individualmente, nos quais, não raro, as liminares são reiteradamente descumpridas pelo Estado.

Neste sentido, a Defensoria Pública tem contribuído para alterar a feição do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, com o aumento de demandas pela eficaz implementação de políticas públicas, revelando-se a atuação coletiva como poderoso instrumento de concretização do direito à saúde, especialmente em benefício dos grupos mais necessitados.

SUS MEDIADO: a Defensoria Pública em busca de soluções extrajudiciais para os conflitos relativos à efetivação do direito à saúde

Por **Leonardo Muniz Ramos da Rocha Júnior** - Defensor Público Federal em Minas Gerais

Foto: <https://www.defensoria.rn.def.br/>



Os direitos sociais traduzem para a linguagem jurídica um conjunto de expectativas ligadas à satisfação das necessidades básicas das pessoas em relação a diversos aspectos da vida em sociedade, como a alimentação, a moradia, a saúde, a educação e outros.

Sob a rubrica de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, essas expectativas foram reconhecidas em diversos documentos internacionais, como o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) e pelo Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador).

Por sua vez, a Constituição Federal de 1988 positivou os direitos sociais como autênticos direitos fundamentais, assegurando-lhes, por conseguinte, a intangibilidade frente ao poder constituinte reformador.

Dentre o vasto catálogo de direito

sociais elencados na Constituição Federal de 1988, encontra-se o direito à saúde, que foi consagrado como um direito fundamental do cidadão e dever do Estado, a quem compete prestar um atendimento integral, por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (artigos 6º, 196 a 200 da CF/88).

Isso decorre do reconhecimento de que a saúde integra o mínimo existencial do indivíduo, haja vista que a preservação da higidez física e mental é indissociável do próprio direito à vida em condições de dignidade.

Ocorre que a constitucionalização do direito à saúde teria um sentido meramente simbólico se não produzisse efeitos concretos na vida das pessoas mais necessitadas.

Por esse motivo, o constituinte teve a preocupação de consignar que os direitos e garantias fundamentais, classificação na qual estão inseridos o direito à saúde e os demais direitos sociais, têm validade na sociedade brasileira contempo-

rânea, haja vista a grande distorção ainda existente entre a dimensão normativa do Direito e aquilo que é concretamente disponibilizado às pessoas: faltam leitos nos hospitais, médicos para atender a população, exames para diagnosticar as enfermidades, materiais e insumos hospitalares etc.

A implementação do direito à saúde nos moldes delineados pela Constituição Federal depende da elaboração de políticas públicas, da realização dos atos administrativos necessários à concretização das mesmas e, sobretudo, da disponibilização de elevados recursos financeiros pelos entes federados. Com efeito, a cláusula da “reserva do possível” acaba sendo frequentemente invocada pela Administração Pública, muitas vezes de modo genérico e desacompanhado de provas, com o propósito de justificar a inércia estatal na consecução de medidas concretas relacionadas à efetivação do direito à saúde.

Esse fato é preocupante, pois a necessidade de suprir as omissões estatais

relacionadas com a efetivação do direito à saúde tem levado um número crescente de pessoas a buscarem o Poder Judiciário, com vistas a obter um provimento jurisdicional que lhes garanta um tratamento de saúde digno e compatível com a Constituição, que se revela, muitas vezes, indispensável à própria manutenção da vida.

A multiplicação de processos relativos à concretização do direito à saúde, fenômeno que vem sendo denominado “judicialização da saúde”, tem suscitado intensos debates jurídico-sociais, que estimulam a busca e o desenvolvimento de técnicas processuais e extrajudiciais destinadas a tentar concretizar o direito à saúde de maneira célere e efetiva.

Dentro desse contexto, surgem “espaços de diálogo” entre as instituições jurídicas e políticas diretamente envolvidas na efetivação do direito à saúde, com o propósito de tentar reduzir a litigiosidade, criando um ambiente colaborativo na busca por soluções para as demandas apresentadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

Um deles é o programa SUS MEDIADO, constituído por meio de um Termo de Cooperação Técnica entre a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte - DPE/RN, a Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Norte - PGE/RN, a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte - SESAP/RN, a Defensoria Pública da União - DPU/RN, a Procuradoria Geral do Município do Natal - PGMN/RN, a Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP/RN e a Secretaria Municipal de Saúde do Natal - SMS/Natal, celebrado em 14 de fevereiro de 2012, na cidade de Natal/RN.

O programa SUS MEDIADO procura viabilizar uma solução extrajudicial para os conflitos de interesse envolvendo a efetivação do direito à saúde de cidadãos hipossuficientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conta com a participação direta do cidadão hipossuficiente, de um farmacêutico, dos Técnicos das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, de um Defensor Público Estadual, de um representante da Procuradoria Geral do Estado e de um representante da Procuradoria Geral do Município.

Por meio de uma cultura de pacificação dos conflitos, em substituição à tradicional cultura do litígio, o SUS ME-

DIADO estabelece uma cooperação entre os participantes, com o propósito de promover maior celeridade na troca de informações, no intuito de tentar viabilizar a resolução extrajudicial das demandas de cidadãos hipossuficientes relativas ao SUS.

Para que se tenha uma ideia, o programa SUS MEDIADO propiciou uma solução administrativa para 274 dos 1123 casos que lhe foram submetidos no ano de 2013, alcançando uma taxa de resolutividade extrajudicial global de 24,4% no mencionado período. No ano de 2014, essa taxa de resolutividade extrajudicial global foi ainda maior (subiu para 33,41%), pois o SUS MEDIADO criou condições para a solução administrativa de 414 dos 1239 casos que lhe fo-



ram submetidos no aludido período.

Esses resultados são animadores e apontam para a possível existência de um caminho alternativo mais participativo (a parte interessada protagoniza todas as etapas do procedimento de mediação e recebe informações qualificadas que, associadas ao serviço de orientação jurídica prestado pela Defensoria Pública no plano extrajudicial, contribuem para formação de um cidadão mais consciente das dificuldades relacionadas à efetiva prestação dos serviços públicos de saúde nos moldes traçados pela Constituição) e democrático (as demandas apresentadas pelos cidadãos contribuem para a formação de um banco de dados capaz de subsidiar as tomadas de decisões futuras no que tange aos critérios a serem utilizados para a alocação dos recursos públicos destinados ao Sistema Único de Saúde).

A importância da vocação mediadora da Defensoria Pú-

blica para o empoderamento do cidadão hipossuficiente na construção de soluções alternativas para os conflitos de interesses relativos à efetivação do direito a saúde

A missão institucional de prestar assistência jurídica integral e gratuita (judicial ou extrajudicial) aos necessitados (art. 134 da CF/88), revela a vocação mediadora da Defensoria Pública, que foi pormenorizada no art. 4º, § 2º, da Lei Complementar nº 80/94.

O SUS MEDIADO (e outras iniciativas semelhantes que estão surgindo por todo o país) revelam uma Defensoria Pública cada vez mais próxima dos membros mais vulneráveis da sociedade e comprometida com o ideal de transformá-los em agentes capazes de participar ativamente da solução para o problema que estão apresentando.

A criação de “espaços de diálogo” entre as instituições jurídicas e políticas diretamente envolvidas na efetivação do direito à saúde, a exemplo do que ocorre no programa SUS MEDIADO, possibilita uma maior celeridade na troca de informações e no esclarecimento das dúvidas apresentadas pelo usuário do Sistema Único de Saúde, medida que reduz a litigiosidade das questões relativas ao fornecimento gratuito de medicamentos no âmbito do SUS.

Mas, sem dúvida, a maior virtude do SUS MEDIADO tem sido a preocupação da Defensoria Pública em criar condições para que o cidadão possa desempenhar um papel de protagonista em todo o processo de mediação.

Afinal, o ambiente colaborativo criado pelo SUS MEDIADO, a informação qualificada que chega ao cidadão e a assistência jurídica que lhe é prestada pela Defensoria Pública, permitem que ele participe diretamente da busca de soluções criativas (extrajudiciais) para suas pretensões que haviam sido originalmente indeferidas pelos órgãos administrativos do Sistema Único de Saúde. Essas soluções extrajudiciais vão desde a realização de ajustes posológicos para que a pretensão da parte interessada se adeque ao que está previsto na política pública do SUS até a obtenção do medicamento mediante empréstimo por outra unidade da federação.



Entrevista concedida por Jonas Brant – Professor do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

As perguntas foram elaboradas por Érico Lima de Oliveira, Defensor Público Federal em Belém/PA

1. Como o Professor avalia a atuação da Organização Mundial de Saúde (OMS) no que toca ao diálogo com governos, ONG's e instituições acadêmicas levando-se em consideração o recorte de prevenção de crises de saúde através de recomendações e outros instrumentos? A governança global neste aspecto tem se demonstrado efetiva?

A OMS possui mecanismos interessantes para garantir compartilhamento e coordenação das respostas a emergências em saúde pública. Um exemplo é a GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) que possui representação de ONGs, Universidades entre outros, para estimular uma resposta coordenada entre os diversos atores envolvidos e ainda estabelece rotatividade de representação desses atores.

Ao mesmo tempo que já dispõe de alguns mecanismos, após a epidemia de Ebola no Oeste da África, a OMS está fazendo uma grande reorganização para tentar garantir maior coordenação e velocidade na resposta a emergências em saúde pública. De maneira resumida, ainda essa cedo para avaliar, mas essas mudanças visam incorporar um sistema de comando em operações que garanta princípios de comando e coordenação em respostas complexas e que envolvam

mais atores sociais.

A Governança global, assim como em outros níveis de gestão, tem entre seus desafios garantir abertura e diálogo de maneira democrática e horizontal, se protegendo da influência do capital e das doações “casadas”, doações feitas com destinos específicos e que direcionam o uso do interesse do doador e não necessariamente priorizados pela comunidade.

2. O Estado brasileiro tem sido eficaz em adotar as recomendações da OMS (por exemplo, o Regulamento Sanitário Internacional –RSI)?

A implementação das recomendações da OMS tem criado oportunidade ao Estado brasileiro em ser mais eficaz e eficiente na tomada de decisões.

Nesse sentido, o Brasil é um dos países da América Latina que mais rápido incorporou o RSI e conseguiu incorporar o regulamento os mecanismos internos de gestão para possíveis eventos de importância em saúde pública. Em exemplo é a rede CIEVS (Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde), uma rede de centros de operações de emergência que existe no governo federal, secretarias estaduais e na maioria das grandes cidades brasileiras. Essa rede monitora informações estratégicas e acompanha eventos que

possam vir a representar risco à saúde da comunidade e apoia na coordenação dos atores envolvidos na resposta.(1)

É essa equipe dos CIEVS que monitora os principais indicadores de saúde em cada uma das unidades dessa rede de centro de informações e podem prover aos gestores aquilo que chamamos de inteligência epidemiológica para tomada de decisão estratégica.(2)

3. O Estado brasileiro pode ser responsabilizado internacionalmente por ter criado condições para que epidemias de dengue, zika, febre amarela e outras se alastrem (por exemplo, ausência de saneamento básico) ou por não ter enfrentado tais epidemias em tempo hábil?

O controle das enfermidades transmitidas por vetores não é um desafio somente do nosso país, mas de todo o mundo, principalmente nas regiões tropicais. Um gama fatores de riscos e determinantes em saúde podem ter contribuído para disseminação de epidemias de dengue, zika, febre amarela.

O aumento da circulação de pessoas aliada a precariedade de ações de prevenção e controle contínuo como visitas domiciliares para monitoramento e controle vetores, detecção e notificação de casos suspeitos pela rede de saúde, ausência de saneamento básico,

crescimento desordenado das cidades, escassez de profissionais de saúde e pouco envolvimento da população nas ações de educação e promoção em saúde são exemplos de fatores que podem contribuir para ocorrência dos referidos eventos. Ainda temos como desafio, a extensão do território nacional, diferenças sociais, econômicas e ecológicas que tornam as ações de saúde pública ainda mais complexas, por isso é importante o envolvimento da população, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores de saúde para o fortalecimento do nosso sistema de saúde, ou seja, as ações devem ser locais para impactar no global.

Em relação ao tempo de resposta, acho que sim, demoramos para perceber que algo estava diferente, mas assim que detectado o evento, o governo brasileiro seguiu todos os passos propostos e acordados no RSI, garantindo transparência e coordenação da resposta, e inclusive atuando de maneira coordenada com centros de investigação de outros países para que evidências pudessem ser construídas rapidamente. A equipe de investigação e resposta do Ministério da Saúde (EpiSUS) realizou investigações em conjunto com a equipe de investigação e resposta do Centro de Controle de Doenças dos EUA e Secretarias Municipais e Estaduais.

4. Em sua opinião, os atores judiciais (Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público) devem intervir em questões de saúde pública além dos casos individuais ou este assunto deve ficar exclusivamente a cargo das pessoas responsáveis pela confecção das políticas públicas no que se refere ao acesso à saúde?

O Judiciário tem um papel fundamental na estruturação e organização das políticas no país. Assim, é importante para garantir a implementação de políticas de saúde para garantir o acesso à saúde. Esse Poder deve estar cada vez mais próximo da organização e estruturação das diretrizes que regulamentam o sistema de saúde, assim como apoiando gestores e profissionais para que consigam implementá-las e com isso fortalecer as políticas de saúde.

A área de Inteligência Epidemiológica é uma área pouco reconhecida em nosso país que é lembrada somente em momento de epidemia. No en-

tanto, esta é uma área que precisa estar fortalecida a todo momento, pois é ela que pode apoiar com informações e evidências no momento oportuno, monitorando e direcionando ações que minimizem os riscos e o agravamento de situações que podem levar a surtos e epidemias.

É essa área de inteligência que provê aos gestores informações sobre o andamento, nível de implantação, monitoramento das ações, indicadores de desempenho e resultados. Essa mesma área pode, quando estruturada, prover informações à sociedade e aos atores do judiciário.

Parcerias entre os órgãos do Judiciário e Observatórios de saúde com caráter independente, como os hospedados em Universidades e centros de pesquisa, esses podem apoiar na tomada de decisões, corroborando com uma visão alternativa e baseada nas evidências científicas disponíveis.

5. A “reserva do possível” alegada por atores estatais pode ser um obstáculo intransponível a uma maior atuação dos atores judiciais em questões de acesso à saúde?

De maneira alguma, e é exatamente para isso que precisamos de uma área de inteligência epidemiológica forte e combativa, pois, é a partir dessa área que podem surgir propostas para a priorização de agravos e ações para reduzir riscos. Nessa temática, podemos citar exemplos de grandes avanços realizados por nosso país, como a varíola, já erradicada em todo o mundo, poliomielite, raiva, sarampo e rubéola.

Mas a situação complica no momento atual, uma vez que temos atualmente uma dupla carga de doenças, como a ocorrência de doenças infecciosas e de doenças e agravos não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, violência e acidentes de trânsito. Quando as intervenções estão dentro da governabilidade do setor saúde, temos tido maior sucesso nas atividades. Já quando pensamos naquelas que envolvem setores como meio ambiente, infraestrutura, economia e educação, temos enfrentado grande dificuldade para mostrar que a saúde em todas as políticas é uma meta a ser perseguida, mas somente com uma área de inteligência epidemiológica forte seremos capazes de usar melhor e de maneira mais efetiva nossa “reserva do possível”.

VOCÊ SABIA QUE...

Em novembro, será lançado o n.º 10 da Revista da DPU. Esta será a primeira edição integrada ao sistema SEER, software que possibilita a gestão de periódicos online. No mesmo mês, há previsão de lançamento da Revista das Defensorias Oficiais do Mersocul.

FIQUE POR DENTRO

No final de outubro, será lançado o Curso de Redação Oficial com ênfase na prática da DPU, na modalidade EaD, autotutorial. O curso tem previsão de ocorrer no período de 07.11 a 15.12, e visa a proporcionar a aquisição de conhecimentos específicos, ligados à produção de textos oficiais no âmbito da DPU. Poderão participar da ação Defensores, servidores, e demais colaboradores lotados na DPU. Aguarde as inscrições!

ORGANIZE-SE

Está previsto para ser lançado, ainda este ano, novo edital do Programa de Capacitação e Especialização de Defensores Públicos Federais e Servidores para cursos de longa duração. Aguarde mais informações.

Publicação da Escola Superior da DPU

Periodicidade: trimestral

Idioma: português

Editores

Fernando Mauro Barbosa de Oliveira Junior

Olinda Vicente Moreira

Equipe de produção editorial

Divisão de Gestão do Conhecimento-ESDPU

Diagramação

Assessoria de Comunicação Social - DPU

Contato:

Divisão de Gestão do Conhecimento-ESDPU

SAUN Quadra 5, lote C, torre C, 16º andar

70.040-250 - Brasília/DF

Telefone: (61) 3318 0287

publicacoes.esdpu@dpu.def.br