

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE (UENF).  
PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DO  
HOMEM – CCH.  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PARTICIPAÇÃO E REGULAÇÃO.  
LINHA DE PESQUISA: 1-ESTADO, TRABALHO, SOCIEDADE E TERRITÓRIO.**

**LUNA BARRETO DE MEDEIROS**

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
JUDICIALIZAÇÃO E DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Campos dos Goytacazes/RJ, 2017.**

LUNA BARRETO DE MEDEIROS

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
JUDICIALIZAÇÃO E DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Políticas Sociais.

Orientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Marques da Silva

**Campos dos Goytacazes/RJ, 2017.**

LUNA BARRETO DE MEDEIROS

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
JUDICIALIZAÇÃO E DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências do Homem, da  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como  
parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Políticas  
Sociais.

Orientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Marques da Silva.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Vera Lucia Marques da Silva  
Orientadora  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

---

Professora Doutora Ivana Arquejada Faes  
Examinadora  
Universidade Federal Fluminense

---

Professora Ma. Liliane Cardoso D'Almeida  
Examinadora  
Universidade Federal Fluminense

---

Professor Doutor Geraldo Márcio Timóteo  
Examinador

Universidade Estadual do Norte do Rio de Janeiro Darcy Ribeiro

“O homem com um novo conhecimento é  
um homem transformado” .

Álvaro Vieira Pinto

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me deu muita força durante esses dois anos em enfrentei momentos tão difíceis somados ao mestrado.

Agradeço aos meus pais por terem me mostrado o caminho dos estudos com muito carinho, amor e paciência. Se não fossem estas sementes plantadas, com certeza não estaria concluindo esta etapa. Mais uma vez, obrigada pelo apoio que sempre me deram. O carinho e zelo de vocês me fortalece e me motiva a seguir em frente.

Ao meu marido agradeço pela companhia de onze anos nessa longa jornada de estudos, entre trabalhos, monografia, artigos e dissertação. Á você agradeço pela paciência e compreensão nas horas de stress e angústias causadas por estes períodos.

Ao meu irmão, que, embora sendo mais jovem que eu, exprimi com excelência os ensinamentos dos nossos pais ao me acalantar nos momentos em que me encontrava nervosa e angustiada.

Aos meus familiares de forma geral, agradeço o apoio e a compreensão diante da minha ausência nos últimos meses. Enfatizo agradecimentos ainda, à minha tia Jacinta e Lilian por me acolherem nos momentos tensos, me auxiliando a resgatar a calma e a paciência necessária para a conclusão deste trabalho.

À minha turma de mestrado que também foi fonte de apoio frente aos entraves encontrados ao logo dessa caminhada, que me presenteou com duas amigas em especial: Paula e Mirian. Obrigada meninas por me socorrer sempre!

Aos meus amigos de longas datas, por entenderem o motivo da minha ausência, de modo a não me excluir de suas redes sociais, grupos, entre outros meios de comunicação (risos). Em especial, agradeço ao Josinaldo Dias por ser aquele amigo que está presente em todas as situações.

Agradeço à minha orientadora Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Marques da Silva pela paciência e incentivo nos momentos crise. Obrigada por ter me auxiliado na construção deste trabalho, pelo carinho e atenção recebidos durante esse processo de estudo. Aprendi muito com você e por isso será uma pessoa que terá sempre um lugar cativo no meu coração.

À Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, eu agradeço por ter me recebido há dois anos e por ter trazido novos ensinamentos, pessoais e intelectuais.

À minha banca composta pela Dr.<sup>a</sup> Ivana, Ma. Liliane, e Dr. Geraldo, por aceitarem a condição de avaliadores, de modo a compartilhar seus saberes, contribuindo, assim, para o meu progresso na área acadêmica.

Ao professor Dr. Rodrigo Caetano, que sempre foi muito solícito, e por essa atitude, honra o seu papel de professor dentro da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF.

À Fundação à Pesquisa do estado do rio de Janeiro – FAPERJ, por possibilitar a dedicação exclusiva à pesquisa por meio da concessão da bolsa.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÃO

<b>Figura 1</b> - Pirâmide tipo piramidal, organizada segundo cada nível de atenção. ....	36
<b>Figura 2</b> – Mesorregião do Norte Fluminense.....	47
<b>Figura 3</b> - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica no período de 2008 a 2015 no município de Campos dos Goytacazes/RJ. ....	49
<b>Figura 4</b> - Particularidades da judicialização da saúde em países que também enfrentam o problema. ....	60
<b>Figura 5</b> - Índice de ICSAP por Unidade da Federação no período de 2000-2012.....	70
<b>Figura 6</b> - Índice de ICSAP na Região Sudeste do Brasil no período entre 2000-2012.....	71
<b>Figura 7</b> - Índice de Judicialização da Saúde no município de Campos/RJ durante o primeiro semestre de 2016. ....	74
<b>Figura 8</b> - Índice da natureza das demandas judiciais da saúde no município de Campos/RJ primeiro semestre de 2016.....	75
<b>Figura 9</b> - Proporção da categoria de doenças que demandam as Internações.....	76
<b>Figura 10</b> - Classificação das doenças que demandam Internação por processos judiciais da Comarca de Campos/RJ. ....	77
<b>Figura 11</b> - Razão das demandas judiciais de Internação da Comarca de Campos/RJ por idade e sexo. ....	78
<b>Figura 12</b> - Taxa de óbitos durante o trâmite dos processos analisados no período de Janeiro a Junho de 2016 na Comarca de Campos dos Goytacazes/RJ. ....	78
<b>Figura 13</b> - Proporção das demandas judiciais de saúde na Comarca de Campos/RJ por localidade de residência.....	79

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Principais pontos entre as duas gestões. ....	40
<b>Tabela 2</b> - Taxa de Internação Sensível à Atenção Primária por Município e Ano. ....	72
<b>Tabela 3</b> - Tabela de discriminação dos processos catalogados. ....	74

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB** - Atenção Básica.

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde.

**AgRg** – Agravado Regimental.

**AIS** - Ações Integradas da Saúde.

**Alerj** – Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

**APS** - Atenção Primária à Saúde.

**CF** - Constituição Federal.

**CGU**- Controladoria Geral da União.

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde.

**CONASP** - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.

**CSAP** - Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde.

**CTI** - Centro de Tratamento Intensivo.

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família.

**FMS** - Fundação Municipal de Saúde.

**FNS** - Fundação Nacional de Saúde.

**HFM** - Hospital Ferreira Machado.

**HGG** - Hospital Geral de Guarus.

**ICSAP** - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

**INESC** - Instituto Nacional de Estudos Socioeconômicos.

**LDO** - Lei de Diretrizes Orçamentárias.

**LOA** - Lei Orçamentária Anual.

**LRF** - Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000.

**MESP** - Ministério da Educação e Saúde Pública.

**MS** - Ministério da Saúde.

**NOAS SUS 01/2001** - Norma Operacional da Assistência à Saúde.

**NOB SUS 01/96** - Norma Operacional Básica do SUS de 1996.

**OMS** - Organização Mundial de Saúde.

**OSCIP** - Organizações da sociedade civil de direito público.

**PAAQ** - Programas de Assistência aos Assentamentos, Acampamentos e Quilombolas.

**PAB** - Piso de Atenção Básica.

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

**PAS** - Plano Anual de Saúde.

**PIASS** - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

**PIB** - Produto Interno Bruto.

**PMS** - Plano Municipal de Saúde.

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica.

**PPA** - Lei do Plano Plurianual .

**PREVSAÚDE** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

**PROESF** - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

**PSF** - Programa Saúde da Família.

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde.

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira.

**SES** - Secretaria Estadual de Saúde.

**SIH/DATASUS** - Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde.

**STF** - Supremo Tribunal Federal.

**SUS** - Sistema Único da Saúde.

**TCE** - Tribunal de Contas do Estado.

**TCM** - Tribunal de Contas do Município.

**TCU** - Tribunal de Contas da União.

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde.

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva.

## RESUMO

Diante do atual contexto de retração do investimento do Estado em Políticas Públicas referentes à cobertura dos serviços, a Judicialização do acesso à saúde apresenta-se como estratégia recorrente frente às dificuldades de atendimento encontradas pelos usuários do SUS sob as justificativas de ausências de leitos hospitalares, insuficiência de equipamentos, carência de medicamentos, entre outras. Por isso, torna-se imperiosa a discussão a respeito do acesso à saúde como direito, bem como a responsabilidade do Estado em promover a saúde pública por meio de Políticas Sociais que atendam à população brasileira como um todo. Portanto, com o objetivo de refletir sobre o direito à saúde, o presente estudo propõe analisar a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua qualidade, considerando como categoria de análise as demandas judiciais que versam sobre o assunto das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), visto que suas altas taxas contribuem para maiores gastos além de revelar falhas na organização de um sistema de saúde, e a gravidade da situação aumenta quando a via judicial se torna um caminho para efetivar o acesso à saúde. O percurso metodológico do estudo proposto contou com a análise dos processos judiciais da comarca de Campos/RJ, entre os meses de Janeiro a Junho de 2016 e os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS)<sup>1</sup> e do Sistema de Saúde do Governo Federal e dos Estados<sup>2</sup>. Constatou-se que a fragilidade da APS em Campos/RJ tem estimulado a Judicialização da Saúde, na medida em que 30,87% dos processos que circularam na Vara de Fazenda Pública (onde tramitam processos contra o Estado e município) correspondem ao assunto saúde. Dentre estes, foi identificado que 29,67% corresponderam à Internação, sendo 45,65% das Internações relacionadas às doenças consideradas sensíveis à atenção primária.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Direito à Saúde. Judicialização.

---

<sup>1</sup> DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Dispõe Indicadores de Morbidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?idb2012/d29.def>>. Acessado em 04-02-17.

<sup>2</sup> SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/RJ. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?taxas/taxasicsab.def>>. Acessado em: 05-02-17.

## ABSTRACT

In view of the current context of the retraction in the investments of State in Public Policies related to the coverage of services, the Judicialization of access to health presents itself as a recurrent demand in the face of the difficulties encountered by SUS users under the justification of absences from hospital beds, Insufficiency of equipment, lack of medicines, among others. Therefore, it becomes imperative to discuss access to health as a right, as well as the State's responsibility to promote public health through Social Policies that serve the Brazilian population as a whole. Therefore, in order to reflect on the right to health, this study proposes to analyze Primary Health Care (PHC) and its quality, considering as a category of analysis the lawsuits that deal with the issue of Hospitalizations for Attention-Sensitive Conditions (ICSAP), since their high rates contribute to higher expenditures besides revealing failures in the organization of a health system, and the seriousness of the situation increases when the judicial process becomes a way to effect access to health. The methodological course of the proposed study included the analysis of the judicial processes of the district of Campos / RJ, between January and June 2016 and the data of the Hospital Information System HIS / DATASUS<sup>3</sup> and the Health System of the Federal Government and the States<sup>4</sup>. It was verified that the fragility of PHC in Campos / RJ has stimulated the Health Judicialization, since 30.87% of the cases circulated in the Public Treasury Court (where lawsuits are filed against the State and municipality) correspond to the health issue. Among these, it was identified that 29.67% corresponded to hospitalization, 45.65% of hospitalizations related to diseases considered sensitive to primary care.

**Keywords:** Primary Health Care. Right to Health. Judicialization.

---

<sup>3</sup> DEPARTMENT OF INFORMÁTICA DO SUS. It has Morbidity Indicators. Available in: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d29.def>>. Accessed in 04-02-17.

<sup>4</sup> SECRETARY OF THE STATE OF RIO DE JANEIRO / RJ. Health Information. Available at: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?taxas/taxasicsab.def>>. Acessado em: 05-02-17.

## Sumário

<b>CAPÍTULO I</b> .....	15
1.1 Introdução.....	15
1.2.2 Objetivo específico .....	19
1.3 Estrutura do trabalho .....	19
1.4 Justificativa.....	20
1.5 Metodologia.....	21
<b>CAPÍTULO II - MARCO HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MUNDO E O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS AÇÕES PRIMÁRIAS NO BRASIL</b> .....	24
2.1. Atenção Primária à Saúde (APS): contexto histórico.....	24
2.2 Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro.....	27
2.3. Fundamentos e organização da APS no Brasil.....	34
2.4. O SUS e as RAS como uma proposta frente aos atuais desafios .....	35
2.5. Impactos da Atenção Primária à Saúde (APS) no cenário contemporâneo.....	38
2.6 Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e no município de Campos dos Goytacazes/RJ .....	40
2.8 O panorama da Política de Saúde de Campos/RJ.....	46
<b>CAPÍTULO III - JUDICIALIZAÇÃO ENQUANTO BUSCA POR EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE</b> .....	53
3.1. O fenômeno da Judicialização e seu conceito .....	53
3.2 Judicialização da Saúde no Brasil .....	56
3.3 Impactos financeiros da Judicialização no Brasil.....	59
3.4 A jurisprudência dos Tribunais brasileiros sobre a Judicialização da Saúde .....	60
3.5 Entes de apoio à Judicialização .....	63

3.6. Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária enquanto demanda da Judicialização do acesso à saúde no âmbito do município de Campos dos Goytacazes/RJ.....	64
3.6.1 Condições Sensíveis à Atenção Primária: conceito.....	64
3.7 As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) enquanto indicador da APS no Brasil .....	66
<b>CAPÍTULO IV - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ENCONTRADOS FRENTE ÀS DEMANDAS JUDICIAIS POR ICSAP EM CAMPOS DO GOYTACAZES/RJ NO PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO DE 2016.....</b>	<b>68</b>
4.1. A organização e divisão judiciárias do Estado do Rio de Janeiro .....	68
4.2. Estrutura do sistema judiciário em Campos dos Goytacazes/RJ .....	68
4.3. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no contexto do município de Campos/RJ.....	70
4.4 Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária (ICSAP) enquanto demanda judicial no município de Campos Dos Goytacazes/RJ.....	73
4.5 Análises a cerca das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como demanda judicial e seu significado na busca pelo direito do acesso à Saúde.....	80
<b>CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>93</b>
<b>PORTARIA N° 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008 .....</b>	<b>94</b>

## CAPÍTULO I

### 1.1 Introdução

A saúde, enquanto conquista do estado brasileiro como um dos direitos fundamentais, se materializou em política graças a uma longa evolução do pensamento político, envolvendo a sociedade e o Estado Democrático. A visão social da saúde teve seu primeiro momento, em uma análise mundial, a partir das manifestações decorrentes da Revolução Industrial, cenário que impulsionou trabalhadores a reivindicarem, entre outras coisas, melhores condições de salubridade e assistência médica no ambiente de trabalho, visto que o proletariado estava adoecendo e chegando a óbito. Diante deste panorama, emergiu-se a necessidade de intervenção por parte do Estado, de modo que os trabalhadores fossem preservados, pois eram hipossuficientes (FIGUEIREDO, 2007).

Segundo Rezende (2010), o conceito de saúde sofreu grande evolução nos últimos 100 anos, deixando de ser um simples fato de ausência de doença e ganhando amplitude em função de dimensões biológicas, sociais, ambientais, políticas e econômicas. De acordo com a autora em epígrafe, existem três conceitos principais sobre este tema, os quais são muito relevantes, porém mal compreendidos, são eles: 1) o conceito de saúde; 2) o conceito de promoção à saúde; 3) o conceito de cuidados primários na saúde.

Para Paim (2009, p. 09), o reconhecimento da saúde “como completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença, apresenta o propósito almejado de que as pessoas possam ter uma vida com qualidade”.

O autor Luís Rey (2003) define saúde como integridade anatômica, ou seja, a capacidade de desempenhar pessoalmente funções essenciais seja na família, no trabalho, etc. Para ele, a saúde é um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio em que eles vivem, caracterizado pelo fato de exercerem suas atividades funcionais através do gozo do bem-estar físico.

No entanto, esse conceito de saúde gera debates na medida em que se mostra insuficiente do ponto de vista prático, ou seja, quem não consegue atingir tal estado (saúde como estado de equilíbrio) estaria doente, o que nos faz concluir que todos nós estaríamos doentes, diz Rezende (2010). Outro conceito que pode ser questionado é o conceito da integridade anatômica, apresentado anteriormente, pois, do ponto de vista médico, este conceito não é conveniente, visto que existem pessoas que possuem alterações anatômicas e

funcionais que não apresentam sintomas e estão bem, não sendo possível, então, rotulá-las como doentes (REZENDE, 2010).

O conceito de promoção à saúde que ficou conhecido por meio da Carta de Ottawa, é definido como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, sendo isso possível por meio de uma maior participação no controle deste processo (CARTA DE OTTAWA, 1986 apud REZENDE, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, a promoção da saúde concebe um processo social e político, o que inclui ações ligadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, das mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas a fim de minimizar seu impacto na saúde individual e pública (WHO, 1998).

A Associação Brasileira de Promoção à Saúde define a promoção à saúde como qualquer combinação de atitudes que envolvem natureza política, legislativa, educacional, social, organizacional, jurídica, administrativa, financeira, ambiental, sanitária, comportamental, etc., com o objetivo de proporcionar melhoria de condições de vida ou preservando à saúde das pessoas (FERREIRA JUNIOR, 2008).

Dessa forma, a promoção à saúde se dá pela mobilização e pela conscientização dos indivíduos, a fim de que estes criem uma consciência sanitária, entendendo que a saúde está intrinsecamente ligada às condições econômicas, ambientais e de vida.

Portanto, a partir do momento em que a saúde passou a ser entendida como condição de vida, ultrapassando o conceito de ausência de doença, tornou-se necessário elaborar serviços que materializassem um sistema de saúde capaz de atender às novas necessidades, que são, atualmente, orientados pelo direito fundamental do ser humano, pelo bem-estar do indivíduo e sua condição de moradia, de desigualdade social, entre outros aspectos.

A incorporação da dimensão social no âmbito da saúde culminou em várias conquistas. A luta pelos cuidados primários em saúde, por exemplo, decorre dessas cobranças sistematizadas na Declaração de Alma-Ata<sup>5</sup> (OMS, 1978), momento em que a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser considerada como norte organizativo das ações de primeiro nível de assistência à saúde com a proposta de minimizar os principais problemas sanitários de cada nação, oferecendo serviços de proteção, cura e reabilitação, de acordo com as necessidades dos usuários.

---

<sup>5</sup> Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acessado 25/07/17.

Ao definir os cuidados primários de saúde, a OMS apresenta que estes se caracterizam por um conjunto de ações que envolvem educação, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, alimentação adequada, saneamento, provisão de água potável, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, acesso a medicamentos, cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar, etc. (BRASIL, 2002).

No cenário brasileiro, as transformações ocorridas a fim de implantar um sistema de saúde como direito concedido a toda população foram acontecendo de forma lenta. O início do debate ocorreu em meio ao avanço das discussões entre a sociedade civil, acadêmicos e profissionais de saúde, dentre outros segmentos, a partir dos anos de 1970 no Brasil (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No final da década de 1970 e ao longo da década de 1980 houve uma luta incessante com o objetivo de criar um modelo de assistência à saúde que não fosse condicionado à contribuição trabalhista, mas acessível à população sem nenhuma forma de discriminação. Esse movimento ocorreu por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 - um marco na consagração dos preceitos produzidos por esse movimento, que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A RSB buscava mudar paradigmas e romper com o modelo de assistência intervencionista, privado, hospitalocêntrico, centrado na doença e no indivíduo, modelo este que, além de tudo, favorecia o enriquecimento de grupos corporativos de medicina suplementar (PAIM, 2008).

Em 1988, ano em que se promulga a Constituição Federal vigente, também chamada de Constituição Cidadã, legitima-se, em seu texto constitucional, o direito de acesso universal à saúde, sendo essa garantia de responsabilidade do Estado.

Nota-se que, fica inaugurado o SUS e com ele a proposta de um modelo que objetiva garantir o direito de acesso à saúde de forma equânime, integral e universal a toda a sociedade brasileira. Para garantir a operacionalização do recém-criado modelo, em 1990 foram baixadas Normas, Decretos e Portarias pelo Governo Federal para que servissem de ferramentas para o avanço e a manutenção do SUS. Tais normas legislativas tratam da distribuição da sua rede de assistência pelo território nacional e das questões relacionadas ao seu financiamento (BRASIL/CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A trajetória de construção dos direitos relacionados ao campo da saúde no Brasil foi bastante árdua à sociedade, principalmente entre os anos de 1920 e 1988. Ao analisar o

histórico da saúde no Brasil, conclui-se que o direito a saúde só foi ser concretizado com o advento da Constituição de 1988, após longo período de luta do movimento social conhecido como Reforma sanitária, visto que anteriormente, as ações de saúde não eram prestadas a todos, garantidas somente para aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho. Tal Constituição não só garantiu o direito a saúde, como criou um sistema capaz de efetivá-lo: o Sistema Único de Saúde (SUS) que é regulamentado pela Lei nº 8.080/90.

Desde então, o modelo de atenção à saúde, ao se tornar universal, com a criação do SUS em 1988, tem enfrentado inúmeras batalhas para garantir a universalidade de acesso à saúde.

Contudo, o quadro geral é o seguinte: do século XX em diante a saúde começou a ser tratada como questão política, tornando-se responsabilidade do Estado implementá-la.

Todavia, no final deste mesmo século, houve um recuo na forma de prestação por parte do Estado, o que veio a caracterizar uma tímida proteção à saúde dos cidadãos, fazendo emergir o questionamento das estruturas sociais e econômicas contidas por trás do problema sanitário (SILVA, 2016).

Neste contexto de retração do Estado nos investimentos em Políticas Públicas referentes à cobertura dos serviços, a Judicialização do acesso à saúde vem se constituindo como estratégia de enfrentamento ao não acesso na medida em que o usuário do SUS tem se deparado com dificuldades no atendimento às suas demandas sob as justificativas de ausências de leitos hospitalares, insuficiência de equipamentos, carência de medicamentos, entre outras.

Diante do exposto, torna-se imperiosa a discussão a respeito do acesso à saúde como direito, e ainda da responsabilidade do Estado em promover a saúde pública por meio de Políticas Sociais que atendam à população brasileira universalmente. Para tanto, com o objetivo de refletir sobre o direito à saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, o estudo em tela propõe avaliar, por meio da análise das demandas judiciais, tendo como objeto as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esse dado será utilizado como indicador de efetividade da APS, visto que as suas altas taxas contribuem para maiores gastos além de revelar falhas na organização de um sistema de saúde. Como unidades de análise, foram estudados os processos judiciais da comarca de Campos/RJ, entre os meses

de Janeiro a Junho de 2016 e os dados do SIH/DATASUS<sup>6</sup> e do Sistema de Saúde do Governo Federal e dos Estados<sup>7</sup>.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a Política e o Sistema de Saúde do município de Campos dos Goytacazes/RJ, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), sua qualidade e o direito à Saúde, considerando como categoria de análise as demandas judiciais que versam sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

### 1.2.2 Objetivo específico

- Pesquisar e analisar os processos judiciais da Comarca de Campos/RJ;
- Construir categorias de análise;
- Realizar comparação dos dados estatísticos locais com os regionais do SIH/DATASUS;
- Analisar os dados objetivando analisar a Política e o Sistema de Saúde do município de Campos dos Goytacazes.

## 1.3 Estrutura do trabalho

Esse trabalho é composto por cinco capítulos. Neste primeiro, abordam-se os aspectos estruturantes, como introdução, objetivos, justificativa e o percurso metodológico da presente pesquisa.

O segundo capítulo é composto pelo referencial teórico sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), o contexto da Política de Saúde Nacional, apresentado ainda, como a Política de Saúde do Estado do Rio de Janeiro foi desenvolvida nos últimos anos, baseando-se no pressuposto de que o conhecimento do processo histórico e cultural da política de saúde do Estado poderá levar a um melhor entendimento da lógica que conduziu as ações de saúde em Campos dos Goytacazes/RJ e, buscará contribuir para uma melhor do fenômeno da Judicialização na sociedade contemporânea.

---

<sup>6</sup> DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Dispõe Indicadores de Morbidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d29.def>>. Acessado em 04-02-17.

<sup>7</sup> SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/RJ. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?taxas/taxasicsab.def>>. Acessado em: 05-02-17.

No terceiro capítulo, será apresentado o fenômeno da Judicialização enquanto busca por efetividade do direito à saúde e ainda tratará de conceituar o termo Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), seguido pela abordagem dessas internações enquanto demanda da judicialização do acesso à saúde no âmbito do município de Campos/RJ.

No quarto capítulo será exposto à análise comparativa entre os índices de ICSAP a nível nacional, regional e local, a fim de apontar as altas taxas destas internações, ressaltando a gravidade desta demanda, quando transformadas em processos judiciais. Em seguida, far-se-á apresentação da análise dos dados da presente pesquisa. Será exposta a estrutura do sistema Jurídico do Estado do Rio de Janeiro, bem como do município de Campos/RJ, de modo a compreender a distribuição dos processos em cada Vara Cível. Serão abordadas ainda as ICSAP enquanto demanda judicial no município de Campos dos Goytacazes/RJ, seguido do debate acerca das ICSAP como demanda judicial e seu significado na busca pelo direito do acesso à saúde e os impactos financeiros da judicialização no Brasil, considerando para tanto, a jurisprudência dos tribunais de justiça brasileiro sobre a judicialização da saúde e os entes de apoio à judicialização.

E por fim, o ultimo capítulo apresentará as considerações finais que refletem as conclusões acerca da efetividade da ASP no município de Campos/RJ frente ao fenômeno da Judicialização da Saúde por meio das ICSAP.

#### **1.4 Justificativa**

O interesse pela a análise do fenômeno da Judicialização surgiu a partir da experiência enquanto estagiária do Serviço Social do Ministério Público de Campos dos Goytacazes/RJ, no período de 2010 a 2012, momento em que se observou um elevado número de processos frente à ausência do acesso aos direitos sociais no tocante às Políticas Sociais executadas pelo município em destaque. Desde então, a análise destes processos tornou-se alvo de pesquisa do trabalho de conclusão do curso de graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e, posteriormente, projeto de pesquisa para o Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), a título de Mestre. Para tanto, com intuito de realizar um estudo mais profundo, foi feito o recorte do tema, direcionado para a área da Saúde. Dessa forma, ao analisar os processos judiciais referentes à área da Saúde no âmbito da comarca de Campos/RJ (não mais no Ministério Público, devido à impossibilidade de acesso aos processos), verificou-se que o pleito por vagas em leitos hospitalares correspondeu grande parte da busca por acesso ao

direito à saúde via demanda judicial. Ao examinar as causas das internações, identificou-se que se tratava de agravos de doenças sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, doenças que poderiam ser evitadas ou controladas por meio de ações efetivas da APS. Portanto, ao considerar o conceito de Internações Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constatou-se que este é utilizado como um dos indicadores para avaliar a qualidade da APS. Diante do contexto evidenciado pelos processos judiciais frente à área da saúde na comarca do município em epígrafe, tornou-se pertinente promover a reflexão sobre as ações da APS nos últimos anos em Campos/RJ a fim de avaliar a APS e o direito à saúde no município, considerando como categoria análise as demandas judiciais que versam sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Acreditamos que este estudo possa contribuir para a promoção de serviços de saúde mais eficientes.

### **1.5 Metodologia**

A proposta metodológica do trabalho baseou-se em realizar um estudo descritivo, de natureza empírico-analítica e de abordagem qualitativa. As unidades de análise são os processos da área de saúde que tramitam na Comarca de Campos dos Goytacazes/RJ, no período de Janeiro a Junho de 2016.

Segundo Marconi e Lakatos (1996), a primeira etapa de qualquer pesquisa científica consiste em realizar uma pesquisa documental e uma pesquisa bibliográfica. Portanto, a primeira fase da presente pesquisa baseou-se em análise documental de dados primários (processos judiciais da comarca de Campos dos Goytacazes/RJ) e em seguida de dados secundários (livros, revistas, artigos, teses, fontes estatísticas, entre outros).

Os processos acessados foram os que ainda estavam em trâmite ou findados há pouco tempo, pois os referentes aos anos anteriores (não sofrendo reiteração) eram arquivados na central de arquivamentos de processos do estado do Rio de Janeiro, e, para acessá-los, deveria-se solicitar por meio de ofício da Comarca de Campos/RJ ou ainda pagar uma tarifa, sendo, portanto, um impedimento analisar as demandas judiciais mais antigas. Portanto, escolheu-se fazer o recorte temporário dos seis primeiros meses do ano em que foi iniciada a pesquisa.

Ao utilizar a forma de documentação direta - a qual se constitui no “levantamento de dados no próprio local onde o fenômeno ocorre” (MARCONI e LAKATOS, 1996, p. 75) - foi realizada uma pesquisa de campo de caráter exploratório-descritivo<sup>8</sup>. Para tanto, foram

---

<sup>8</sup>Consiste em estudos exploratórios que têm o interesse de descrever completamente determinado fenômeno. Podem ser tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas (MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva

tomados como ponto de partida para realização do estudo de 155 processos judiciais referentes à área da saúde, que tramitaram na Comarca de Campos dos Goytacazes, no período de Janeiro à Junho de 2016.

Houve a hipótese de que caso não fosse possível analisar os processos desde seu início até o seu fim poderia comprometer o desfecho da reflexão proposta por este trabalho, visto que não se teria o resultado final do trâmite, ou seja, a efetivação do direito pleiteado; por isso a preocupação em verificar as demandas já arquivadas. Porém, ao examinar as demandas as quais se teve acesso, observou-se que, se tratando de litígio de vagas em Unidade de Tratamento Intensivo e Centro de Tratamento Intensivo (UTI/CTI), o despacho do juiz exigia obediência com a máxima urgência, visto o quadro grave em que o paciente demandante se encontrava. Portanto, foi possível verificar os desfechos finais das demandas, que se dava por dois motivos: ou o paciente conseguia efetivar o direito pleiteado, ou morria à espera da execução da ação devido o agravo da doença.

Na fase de análise dos processos, observou-se que, dos 155 processos referentes à área de saúde, 48 correspondiam por Internações em UTI. Logo, a segunda fase deste estudo consistiu em identificar, como categorias de análise, as Internações UTI e doença/causa da internação.

A classificação das doenças foi baseada na Lista Brasileira de ICSAP materializada pela Portaria 221/08, a qual esta estruturada em grupo de causas de internação e diagnósticos - doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, diabetes mellitus, infecção no rim e trato urinário, entre outros.

Além de a pesquisa debruçar-se sobre a categoria das doença/causa das internações, foi considerado ainda, mediante análise dos processos, variáveis, a exemplo do IBGE, como: a idades dos usuários (0 a 1 ano; 1 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 e mais anos); o sexo; e a localidade residente do demandante. Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 7.0.

Na terceira fase, usou-se, para proporcionar a comparação regional com a local, dados estatísticos do Sistema de Saúde do Governo Federal e dos Estados<sup>9</sup>, Sistema de Informações

---

Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. p, 77).

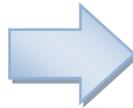
<sup>9</sup> SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/RJ. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?taxas/taxasicsab.def>>. Acessado em: 05-02-17.

Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS)<sup>10</sup>, disponibilizados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), bem como o levantamento bibliográfico sobre o tema. As informações foram compiladas pelo sistema de informática Microsoft Excel 2010, em forma de planilha e foram transformados em gráficos.

### Fluxograma da metodologia:

#### Etapa 1

Coleta de dados junto aos processos judiciais da Comarca de Campos/RJ, e correlação com revisão bibliográfica.



#### Etapa 2

Identificação das categorias de análise: **Internações UTI; doença/causa da internação.**



#### Etapa 3

- Comparação regional e local dos dados estatísticos do SIH/DATASUS.
- Compilação dos dados pelo sistema de informática Microsoft Excel 2010, em forma de planilha e foram transformados em gráficos.

<sup>10</sup> DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Dispõe Indicadores de Morbidade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/d29.def>>. Acessado em 04-02-

## CAPÍTULO II

### MARCO HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MUNDO E O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS AÇÕES PRIMÁRIAS NO BRASIL

#### 2.1. Atenção Primária à Saúde (APS): contexto histórico.

No ano de 1920, na Grã-Bretanha, após instituírem o seguro nacional de saúde, foi divulgado um documento<sup>11</sup> o qual se tratava da organização do sistema de serviços de saúde. O referido texto distinguia os serviços de saúde em três níveis – centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escolas. Assim, todo esse arcabouço teórico embasou o conceito de regionalização que consistia em um sistema de organização de serviços projetados para responderem aos diversos níveis de necessidade da população ao demandarem por assistência médica (STARFIELD, 2002).

Esse arranjo serviu de inspiração para a organização de diversos sistemas de saúde em outros países. Assim, anos mais tarde, em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a meta principal de todos os governos que ali participavam seria garantir aos cidadãos acesso a um nível de saúde que lhes permitissem levar vida social e economicamente produtiva, conhecida como “Saúde para Todos no Ano de 2000” (STARFIELD, 2002).

A partir de então, a APS foi reconhecida como,

“uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas,

---

<sup>11</sup> Conhecido como Relatório Dawson (nome do presidente do Conselho formado, com iniciativa do Partido Trabalhista na Grã-Bretanha, composto ainda por membros do Ministério da Saúde), esse texto propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para a cobertura de toda a população (ROEMER, 1985 apud GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, p. 507).

constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1979).

Esta declaração desencadeou novos pensamentos e impactos no tocante da Atenção Primária à Saúde (APS), resultando em princípios norteadores desta prática que foram anunciados na Conferência de Alma-Ata. Tal conferência especificou que os elementos fundamentais da APS são: saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantil, abarcando imunização e planejamento familiar; “prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da nutrição, e medicina tradicional” (STARFIELD, p. 31, 2002).

Para Starfield (2002, p. 28)

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena e integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Essa definição continha duas perspectivas fundamentais, afirma Mendes (2010, p. 88). A primeira apresentava a APS como o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada de indivíduos, famílias e comunidades. A segunda propunha que a APS seria parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social.

Portanto, frente à preocupação com a prestação efetiva e de qualidade dos serviços de saúde, a declaração de Alma-Ata verificou que a APS refletia e progredia conforme as condições econômicas e características políticas e socioculturais de um país e de suas comunidades (OMS, 1978).

Assim, cada sistema tem como base suas próprias características, e a diversidade entre sistemas poderão ocorrer até mesmo dentro de um mesmo país. Tal lógica vale também para regiões que se diferem, ou seja, da mesma forma que em dois países não ocorrerão sistemas de Atenção Primária idênticos, devido aos seus contextos diferenciados, determinadas regiões de um mesmo país que constituem características diferentes entre si, também poderão ofertar os seus serviços de saúde de forma diversificada, possuindo a mesma lógica, porém com serviços orientados pelas características políticas e socioculturais predominantes.

As disparidades de países e regiões mostram-se evidentes por meio de

[...] impactos adversos dos ajustes estruturais econômicos impostos pelas agências reguladoras em países em desenvolvimento levando cortes nos gastos sociais e à privatização de funções anteriormente públicas, e dos

efeitos adversos de longa duração sobre a sociedade de desigualdades sociais e de saúde (STARFIELD, p. 666, 2002).

Diante dessa realidade, desde 1996, o foco da OMS é a redução dessas disparidades frente aos estados e serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais e econômicos, pois se deve considerar que para alcançar o crescimento e o ajuste financeiro no quesito saúde tem que se atentar para a questão da equidade<sup>12</sup>, conforme entende Robert McNamara (s/a) apud STARFIELD (2002).

Segundo Starfield (2002), a equidade é um dos princípios da ética, e, dessa forma, qualquer sistema de saúde que pensa em ser ético tem que ser orientado pela equidade. A autora aborda a questão de equidade de maneira similar ao princípio da justiça, com características mais marcantes em nações ocidentais. Porém, segundo a autora, a justiça pode ser interpretada pela imparcialidade que a compõe, que possui duas versões: libertária<sup>13</sup> e igualitária. A versão igualitária defende que todos devem lutar por um estado de saúde igual, e aqueles que se encontram em desvantagem social/econômica ou de saúde devem receber atenção mais específicas a fim de chegar a um patamar de igualdade em comparação ao restante.

A segunda, a libertária, entende que ser igual é se atentar a questão do mérito, ou seja, a distribuição de recursos é direcionada para aqueles que merecem, a qual será guiada por critérios específicos. Na visão libertária, a saúde deve se dar conforme padrões mínimos, e o financiamento de acordo com a vontade de pagar. Melhor dizendo, aqueles que detêm meios para pagar ajudam no financiamento dos serviços para aqueles não têm condições. Por isso, para essa versão, a igualdade de saúde para todos os indivíduos não precisa ser uma prioridade central (STARFIELD, 2002).

Muitos países esforçam-se para financiar seus sistemas de saúde conforme os princípios igualitários, o que leva os indivíduos detentores de renda mais alta a serem os principais investidores do seguro-saúde<sup>14</sup>. Já os sistemas de saúde financiados pelo seguro social,

---

<sup>12</sup> O conceito de equidade no âmbito da saúde foi formulado sob o parâmetro de justiça igualitária, por Margaret Whitehead (1992). WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992. Logo, ações equânimes compreende que as pessoas são diferentes e por isso têm necessidades diversas, assim uma distribuição que segue este princípio tem como base, de acordo com a lógica marxista, o seguinte ensinamento: “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Portanto, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea. MARX, K. Observações à margem do Programa do Partido Operário Alemão [Crítica ao Programa de Gotha], 1875. In: Marx, K. & Engels, F. Obras escolhidas. São Paulo: Alfa-Omega, s/d.

<sup>13</sup> O termo libertária é utilizado no livro de Starfield (2002), que tem como título original “Primary Care: balancing health needs, services, and technology” (traduzido por Fidelity Translations). No nosso entendimento o termo mais adequado seria liberal.

<sup>14</sup> Como os sistemas de imposto de renda são progressivos, a maioria dos países industrializados possui seguros-

empregador-empregado, são menos igualitários, visto que estes impostos são menos progressivos do que o imposto de renda. Nos EUA, por exemplo, o que impera é o seguro-saúde privado, sendo este regressivo, pois seu financiamento não está vinculado à renda e, em geral, acaba saindo mais caro para aqueles com menor capacidade de pagá-lo (STARFIELD, 2002).

Dito isso, constata-se que da mesma forma que os países variam na questão de financiamento dos seus sistemas de saúde, eles também irão se diversificar na tentativa de ofertar serviços mais igualitários. Conforme será possível analisar mais adiante, esta variabilidade gera impacto importante sobre o alcance de resultados dos sistemas de saúde, o que traz a possibilidade de enxergar serviços mais eficientes em termos de custo mais baixo e melhores resultados no que concerne indicadores de estado de saúde.

Todavia, antes de apresentarmos os impactos que a APS pode proporcionar vejamos como esta se constituiu no Brasil ao longo dos últimos anos.

## **2.2 Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro**

No Brasil, o comprometimento com a APS<sup>15</sup> começou a ser discutido na década de 1970, visto que neste momento o país estava passando por um debate que tinha como base a reforma do setor saúde.

Todavia, antes deste cenário, o Brasil, em 1920, já contava com bases normativas de prevenção de doenças mediante campanhas sanitárias de saúde pública e organizações de serviços rurais de profilaxia, sendo o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) o setor responsável por desenvolver tais serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nos anos de 1940, o MESP passou por reformas que caracterizaram o aprofundamento da centralização e verticalização das ações de saúde pública, criando com isso os Serviços Nacionais de Saúde (SNS), os quais eram direcionados para doenças mais específicas, como a malária, a hanseníase, a tuberculose, entre outras, e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este modelo articulou ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa,

---

saúde, ou seja, seus serviços de saúde são financiados pelo imposto de renda, e por isso tende a ser mais igualitário (STARFIELD, p. 668, 2002).

<sup>15</sup> No Brasil, a atenção primária é denominada de atenção básica em função da interpretação do termo “primário” como algo primitivo. Ao contrário, diz Mendes (2005, p. 2), o significante primário refere-se ao ‘complexíssimo’ princípio da Atenção Primária à Saúde, ou seja, do primeiro contato. Por isso, optou-se utilizar na presente pesquisa o termo de Atenção Primária à Saúde, visto que é a definição internacional dos cuidados primária à saúde, porém o termo Atenção Básica aparecerá neste trabalho de modo a respeitar as normatizações legislativas brasileiras que norteiam a APS.

baseadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na década de 1970, ocorreu a emergência da medicina comunitária, que se espalhou por toda a América Latina apoiada pelas agências internacionais. Esta prática apresentava características de assistência médica individual voltada para grupos excluídos do cuidado médico devido à incapacidade de acesso direto a bens e serviços. Este modelo tinha um caráter de política social associada ao direito à saúde, sendo um programa destinado à redução da pobreza e entendendo que essa era o reflexo do desenvolvimento social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Entretanto, segundo Giovanella e Mendonça (2012), durante essa mesma década, o país sofria uma crise econômica, que levou o Brasil a usar a recursos da assistência médica previdenciária para garantir o custeio do sistema social e de saúde. Frente a este cenário, surgiram experiências sanitárias que almejavam um projeto de reforma na estrutura da assistência médica em contrapartida ao modelo vigente.

O novo projeto que emergia tinha como norte

[...] uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente - o médico -, mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviço social, creche etc. (Giovanella; Mendonça, 2012, p.513).

Assim, o que se propôs foi a reforma da saúde como política social por meio de atividade de extensão acadêmica, bem como de serviços de saúde em comunidades urbanas e rurais, visto que esses espaços eram entendidos como lugares emergentes de condições de vida precária. Com isso, buscava-se atingir grupos populacionais sem acesso ao consumo direto ou indireto (por meio do seguro social) de cuidados médicos, bem como de outros serviços sociais.

Desse modo, essa nova roupagem reorientou os gastos públicos frente às ações de interiorização dos serviços de saúde, hierarquização e regionalização da atenção média. Outro destaque deste momento surgiu em meio à oportunidade de debater sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), na medida em que esta recebia suporte da decisão política da Conferência de Alma-Ata, como salientado anteriormente.

Diante do exposto, observa-se que a APS entrou como pauta da agenda Brasil na década de 1970, tendo como base as experiências relatadas com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Este programa, financiado com recursos do Fundo de Apoio Social, administrados pela Caixa Econômica Federal, designava recursos tanto para construção de unidades básicas de saúde quanto para o convênio entre o Ministério da Saúde e Previdência Social, bem como as secretarias municipais, com o objetivo de reforçar o primeiro nível da saúde em cidades de pequeno porte.

Em 1980, houve uma tensão quanto ao sistema previdenciário, fruto de uma gestão fraudulenta do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os setores do Ministério da Saúde e do próprio INAMPS propuseram então o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), o qual levava o acesso à saúde aos centros urbanos de maior porte com o intuito de minimizar os efeitos da crise previdenciária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No ano de 1982, o plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) obteve maiores sucessos ao contemplar demandas de setores sociais emergentes, rompendo com tendências centralizadoras na formulação de políticas no âmbito federal, pautando-se nas experiências localizadas, como exemplo, as Ações Integradas da Saúde (AIS), que propunham a organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo, explica Mendonça (1992).

As AIS foram utilizadas como estratégias pelo primeiro ano de governo da Nova República, em 1985, estimulando a unificação das instituições de atenção à saúde (Ministério da Saúde, INAMPS, secretarias estaduais e municipais de Saúde). Neste momento, a organização do primeiro nível das ações de saúde realizou-se por meio de unidades básicas de nível local que se responsabilizariam por promover ações de caráter preventivo e de assistência médica. Este nível inicial, por sua vez, faria parte do sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciária, a fim de oferecer atenção integral a toda população, independente de contribuição financeira. Portanto, as AIS contribuíram com a ampliação de unidades municipais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ao iniciar essa nova estratégia, outros programas foram surgindo ao longo dos anos. Diversos modelos assistenciais foram buscados através de discussões teóricas e por meio do desenvolvimento de práticas que buscavam responder demandas individuais e coletivas e superar o padrão que tinha centralidade no hospital e na contratação de serviços privados de assistência médica da previdência social.

Em tempos democráticos, nota-se que os serviços primários de saúde se inscreveram no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) desencadeada na década de 1970, movimento este que envolveu estudantes, profissionais de saúde, professores de departamento de medicina social e preventiva, técnicos dos ministérios setoriais, entre outros setores os quais seguiram na defesa de um sistema de saúde que valorizasse o primeiro nível de atenção.

A RSB tinha como objetivo central mudar paradigmas e romper com o modelo de assistência intervencionista e privado, o que, além de tudo, favorecia o enriquecimento de grupos corporativos de medicina suplementar (PAIM, 2008).

Em 1988, ocorre a promulgação da Constituição Federal vigente, e com ela a institucionalização da saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais 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/CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 196).

Diante deste cenário, inaugura-se o SUS e com ele a proposta de um modelo que apontava para garantia do direito de acesso à saúde de forma equânime, integral e universal a toda a sociedade brasileira, ou seja, a saúde ofertada de forma igualitária. A fim de legitimar a operacionalização do recém-criado modelo, a partir de 1990 foram instauradas Normas, Decretos e Portarias pelo Governo Federal que apresentaram ferramentas de contribuição para o avanço e para a manutenção do SUS, projeto esse que teria distribuição da sua rede de assistência pelo território nacional (BRASIL/CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Nas palavras de Giovanela e Mendonça (2012) o panorama era de

[...] um novo aparato institucional de gestão de política de saúde que consolidou a esfera pública no Brasil, apoiado na concepção de relevância pública das ações e no controle dos serviços de saúde. O papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle de execução de ações e serviços de saúde, quando complementares ao setor público, foi também preservado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.516).

As autoras em destaque afirmam ainda que, a RSB tinha como um dos seus princípios a equidade em saúde e, portanto, o SUS surgia com o objetivo de reestruturar os serviços de assistência em saúde, visando um atendimento integral além de garantir ações básicas que fossem acompanhadas pelo acesso universal frente às redes de serviços mais complexos.

Entretanto, a década de 1990 foi marcada por conflitos entre progressos neoliberais – defesa da redução dos gastos públicos e a cobertura dos gastos públicos via mercado, ou seja, uma contrarreforma – e a preservação do SUS, embate esse que levou o MS a adotar

mecanismos que estimulassem o processo de descentralização da gestão, transferindo a responsabilidade da atenção à saúde para os governos municipais. Tal estrutura exigia a revisão da organização da assistência básica situada em uma atenção de primeiro nível e combinada com a necessidade da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Assim, em 1991, foi instaurado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>16</sup>, com o objetivo de combater e controlar epidemias do cólera entre outras similares, a fim de executar ações de reidratação oral, bem como de orientação quanto à importância das vacinas. Este programa foi implementado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), sendo direcionado, em um primeiro momento, para as regiões Norte e Nordeste, em suas áreas rurais e periurbanas.

A institucionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surge para dar suporte à atenção de saúde em seu primeiro nível, e, nesse sentido, suas ações não eram alheias aos serviços de saúde, embora fossem executadas fora das unidades, visto que os agentes agiam, nas comunidades, como mediadores sociais, realizando interlocução entre as equipes de saúde e as famílias usuárias. Estes profissionais desempenhavam um protagonismo ao promoverem o diálogo com os atores sociais no tocante aos valores éticos, das necessidades de direitos, como tentativa de estimular o exercício da cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Tudo isso, promoveu ainda, a ruptura do preconceito quanto aos serviços de atenção à saúde em relação ao fato de serem desenvolvidos pelo pessoal da comunidade. Portanto, os ACS deveriam ser habilitados, via seleção pública, e posteriormente, ser capacitados por um processo de educação permanente.

A partir de então, observa-se que ocorreram mudanças frente às práticas/ações de saúde, pois agora as comunidades contavam com ações próximas as suas casas, as quais eram realizadas pelos agentes - ao passo em que as ações eram desenvolvidas extramuros, não mais centradas na figura do médico.

Ao passar por avaliações contínuas, o PACS demonstrou necessidade de maior articulação com serviços de saúde de modo a impedir um possível esgotamento e desgaste da atuação dos agentes. Esta postura não só garantia a efetividade das ações como proporcionava uma ampliação do leque de intervenções, além da melhoria do desempenho (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

---

<sup>16</sup> Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) recrutados por processos seletivos locais eram subordinados às unidades básicas, as quais eram administradas pela fundação e tinha supervisão realizada por enfermeiros. O Pacs foi um programa que veio para agir de forma emergencial, com o objetivo de dar suporte a atenção básica na localidade em que não houvesse interiorização da assistência médica (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Frente ao exposto, em 1994, foi implementado o Programa Saúde da Família (PSF). Tal iniciativa do Ministério da Saúde surgiu devido ao seu empenho em fortalecer ações de caráter preventivo, investindo para tanto, em programas de atenção básica como estratégia de promoção à saúde.

Incentivado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) e apoiada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o PSF representava a retomada do debate frente ao modelo de atenção à saúde. Com a NOB 96, a Atenção Básica (AB) (assim definida no Brasil) se constituiu como primeiro nível de atenção, visto que apresentava um conjunto de ações individuais e coletivas, direcionadas para a promoção da saúde, bem como prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Culminava ainda, com a incorporação de novas tecnologias (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A NOB 96 instituiu as principais determinações do PSF, as quais são as seguintes:

- 1) substituir a alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios – até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços – por novas modalidades de transferências diretas do Fundo Nacional de saúde para os Fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças de atenção básica ( para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em função do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de promoção e impacto epidemiológico (LEVCOVITZ et al 2001 apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 518-519).

O novo modelo de transferência de recursos financeiros federais, proposto pela NOB 96 para os estados e municípios, foi denominado Piso de Atenção Básica (PAB) com variantes fixas e variáveis, definidas da seguinte forma: a primeira (fixa) refere-se ao repasse definido pelo número de habitantes do município, ou seja, uma transferência fixa de recursos per capita ao ano. Dessa forma, cada município recebe esses valores de acordo com o número de habitantes por meio da transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, alocando esse recurso na atenção básica; o segundo (variável) são compostos por incentivos financeiros para adoção dos programas estratégicos como: assistência farmacêutica básica, saúde bucal, vigilância sanitária, dentre outros. São variáveis na medida em que irão se alterar de acordo com a implementação ou não destes programas por parte da gestão municipal (MELO, 2012).

Desde então, o PSF passou a fazer parte, como um dos componentes (o mais importante), do PAB Variável, gerando com isso, uma forte expansão da Atenção Básica (AB).

Todavia, as regras estabelecidas pela NOB/96 e o processo técnico político que suscitaram no estado, não cobriram a construção de redes regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas de serviços como preconizadas pelo SUS (Lei n.º 8.080). Para o alcance desses objetivos, era preciso avançar mais. Essas questões estimularam a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001) (SILVA, 2001).

Portanto, de acordo com Silva (2001, p. 71),

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001, representou um importante passo no processo de implantação do SUS, ao orientar a macroestratégia da regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde. Ao adotar a “regionalização da assistência”, induz a organização de sistemas ou rede funcionais, perpassando as fronteiras municipais, visando facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência, bem como a fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores.

Outra proposta da NOAS/2001 foi ampliação e a qualificação da Atenção Básica (AB) tendo em vista o avanço da qualidade e da resolutividade. Portanto, o Ministério da Saúde (MS) orientou a implantação do PSF como uma estratégia de reorientação da AB. Assim, a NOAS/2001 sustenta que a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja baseada em redefinições de referências, principalmente no primeiro nível - que apresenta a garantia de suporte de exames complementares laboratoriais e de imagem (Raio X e Ultra-som), oferecendo ainda referência em odontologia, saúde mental, reabilitação, entre outros. Tais serviços devem orientar-se pela definição da adscrição de sua clientela, respeitando sua capacidade operacional e resolutiva (SILVA, 2001).

Adiante, no ano de 2006 foi criada pelo MS a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sofrendo atualização no final de 2011. A diferença de um modelo para o outro é que a mais recente trouxe conceitos atualizados, mais flexibilidade e passou a dar mais relevância às diferenças regionais, demarcando a importância do acolhimento e atenção à demanda espontânea no âmbito da AB, elementos que sucessivamente foram sendo incorporados às práticas dos gestores.

Segundo Mello (2014), outra inovação apresentada pela nova PNAB foi a atualização do desenho de financiamento para a AB, promovendo um tratamento diferenciado aos diferentes, ou seja, os municípios mais pobres passaram a receber um volume maior de recursos, porém recebem mais também aqueles que seguem melhorando o acesso e a qualidade da atenção.

Em síntese, as modificações ocorridas na Política de Saúde no Brasil, nos últimos vinte anos, propiciaram uma maior intervenção e uma maior participação das instâncias

subnacionais e dos diferentes atores (usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e burocracia governamental), no processo decisório. O PSF passou a fazer parte da reestruturação do SUS, tanto por ser uma estratégia para organização da AB, como pelas suas características de descentralização e participação.

Com a formulação da PNAB, os arranjos normativos alteram-se de modo a tornar a AB mais compreensiva diante da diversidade nacional. Desde então, os municípios passaram a ter maior liberdade para definir como AB deve ocorrer para dar conta das distintas necessidades reais da população. Logo, somaram-se a esse processo inúmeros programas, políticas e ações.

A ESF é uma ampliação do PSF, que tem por finalidade a reorganização da AB no âmbito do SUS. O PSF, por sua vez, é um avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Desde então, uma nova dinâmica descentralizadora começou a surgir e uma nova realidade passou a ganhar vida. Com a ESF, a APS foi adquirindo forças para atingir seu principal objetivo e cumprir sua missão: “tornar-se a principal porta de entrada do SUS e o centro de inter-relação com toda a Rede de Atenção à Saúde” (MELLO, 2011, p. 43).

Dito isso, vejamos a seguir quais os fundamentos que direcionam a APS no Brasil.

### **2.3. Fundamentos e organização da APS no Brasil**

A lógica da APS, desde o início, foi romper com o modelo passivo de atenção à saúde. Nesse novo paradigma, o indivíduo passa a ser entendido como um indivíduo singular e parte de um contexto maior, caracterizado como membro de uma comunidade, e, portanto não se encontra mais sozinho. A família, por sua vez, passa a ser o alvo da atenção.

Os fundamentos que norteiam a ação da APS no Brasil são: acesso universal, integralidade no atendimento, longitudinalidade, valorização profissional, acompanhamento e avaliação, estímulo a participação popular e controle social (STARFIELD, 2002).

Segundo Mendes (2011, p. 99), a APS de qualidade ocorrerá quando os seus sete atributos estiverem sendo obedecidos em sua totalidade. São eles:

- Primeiro contato: significa acessibilidade e utilização de serviços para cada novo problema que demanda atenção à saúde;
- Longitudinalidade: relação mútua entre o usuário e o profissional de saúde e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços. Preconiza um ambiente de relação mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;

- Integralidade: consiste num conjunto de serviços que acolham às necessidades da população usuária inscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação;
- Coordenação: torna-se possível, por meio da capacidade de garantir a continuidade da atenção e da equipe de saúde na medida em que ocorre o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante;
- Focalização na família: o foco das ações é a família;
- Orientação comunitária: é reconhecer as necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural no ambiente em que vivem. Isso significa realizar uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional;
- Competência cultural: é a relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, tendo como base o respeito às singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

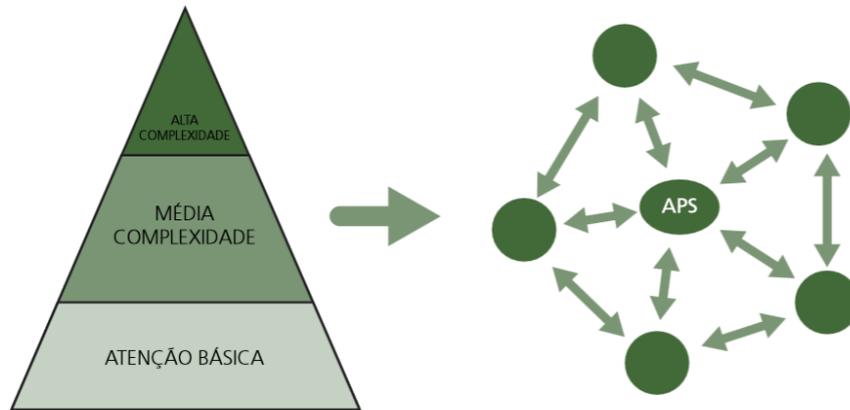
Outro destaque apresentado pelo autor em epígrafe é que a qualidade da APS depende ainda de cumprir três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A resolubilidade consiste em obter a capacidade cognitiva e tecnológica para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos dos produtos, das pessoas e das informações entre os diferentes componentes das redes. Já a responsabilidade baseia-se no conhecimento do contexto sanitário da população que demanda os serviços de saúde, no relacionamento mais intenso com essa população, bem como no exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a esses indivíduos.

De acordo com Mendes (2015), a incompatibilidade entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, ocasiona atualmente o problema fundamental do SUS. Para o referido autor, a superação envolve a fundação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

#### **2.4. O SUS e as RAS como uma proposta frente aos atuais desafios**

O SUS hoje é um sistema hierárquico, do tipo piramidal, organizado segundo cada nível de atenção, compreendendo a atenção básica, média e de alta complexidade. Essa organicidade, de acordo com Mendes (2015), funciona melhor se substituída por outra: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas são redes poligárquicas de atenção à saúde, cujas

ações serão baseadas no respeito às diferenças nas densidades tecnológicas, objetivando romper com as relações verticalizadas e abrindo espaço para redes policêntricas horizontais. As RAS terão como centro de comunicação a APS, conforme podemos observar na Figura 1:



**Figura 1 - Pirâmide tipo piramidal, organizada segundo cada nível de atenção.**  
Fonte: MENDES (2011, p.84)

No Brasil, a percepção de RAS tem sido discutida há algum tempo, porém foi incorporada oficialmente ao SUS, por dois instrumentos jurídicos: a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que situa as diretrizes para a organização das RAS no SUS; e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011<sup>17</sup>, que regulamenta a Lei n. 8.080/90<sup>18</sup>. A referida portaria ministerial define as RAS como um conjunto organizado de ações e serviços de saúde, constituídas por diferentes densidades tecnológicas, que contam com apoio técnico, logístico e de gestão para garantir a integralidade do cuidado. O decreto anteriormente citado aponta que a integralidade da assistência à saúde obtém seu ponto de partida e seu complemento por meio das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Mendes (2015), as RAS possuem três elementos fundamentais:

- População e as regiões de saúde: compreende que a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em um sistema de informação potente. Deve ser considerado o reconhecimento da população como um todo, e ainda subdividindo-a em subpopulações por fatores de riscos e estratificando-os em relação às condições de saúde. Caberá a APS a responsabilidade de comunicação entre a população e as RAS;
- Estrutura operacional: a estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco

<sup>17</sup> Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências.

<sup>18</sup> Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes à saúde.

componentes: o centro de comunicação, que será representado pela APS; os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; os sistemas de apoio (que serão os pontos de diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele-assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS;

- Modelo de atenção à saúde: são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, se embasando por meio da visão dominante da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais desta área (MENDES, 2011).

Contudo, as RAS surgem para enfrentar uma condição de saúde específica ou os grupos dessa condição, agindo, como apresentado anteriormente, por meio de um ciclo completo de atendimento. Assim, Mendes (2015, p.23) afirma que “só se gera valor para a população quando se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção”.

Há estudos que apresentam os programas verticais (como o piramidal) como benéfico devido à sua clareza quanto aos objetivos. Porém, isso só ocorre em curto prazo. Segundo Mendes (2015), os programas verticais tendem a fragilizar os sistemas de atenção à saúde, desperdiçando os recursos escassos, além de apresentarem problemas de sustentabilidade. Por isso, a proposta de estudar um novo modelo vem se consolidando na saúde pública. A forma mais adequada de se organizarem é por meio diagonal.

O modelo de organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde, proposto pelas RAS, manifesta-se, exclusivamente, nos pontos de atenção secundária e terciária, o que exige especialização. Assim, Mendes (2015, p. 24) explica que todos os outros componentes das RAS, como se vê na Figura 1, “a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas”. Logo, nota-se que a APS se faz como eixo principal de diálogo dentro de ciclo de atendimento.

Portanto, apresentado o debate acerca da superação do modelo vertical frente aos seus desafios, a APS não sofreu mudança quanto a sua função essencial de porta de entrada das ações em saúde, isto porque promoveu, mesmo que de forma tímida e alguns entraves, resultados positivos sobre a saúde nos últimos anos. Veremos a diante quais foram os impactos que a APS vem provocando no cenário contemporâneo.

## 2.5. Impactos da Atenção Primária à Saúde (APS) no cenário contemporâneo

De acordo com os estudos de Macinko (2016) e colaboradores, quanto mais forte a orientação dos países para a APS, menores são as taxas de mortalidade por todas as causas. Quanto à relação entre a oferta de APS e os custos do sistema de atenção à saúde, a pesquisa dos autores em destaque identificou que as regiões com maiores taxas de médicos de família por população proporcionaram menores custos totais do que regiões com menores números de médicos, possivelmente devido à maior oferta de cuidados preventivos e conseqüentemente menores taxas de hospitalização.

Na análise de Mendes (2011, p. 93),

[...] evidências mostraram que, os sistemas com forte APS estiveram associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tenderam a ser mais equitativos e mais acessíveis. No campo operacional, foi observado que serviços que deveriam ser providos, seja pela APS, seja pela atenção especializada, mostraram que a utilização dos cuidados primários reduziu custos, aumentou a satisfação das pessoas usuárias, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado ou nos resultados sanitários.

Estudos internacionais<sup>19</sup> demonstraram que os sistemas de atenção à saúde que receberam fortes orientações para a realização da APS tiveram resultados melhores e mais equitativos, apresentaram-se mais eficientes, tiveram custos mais baixos e causaram mais satisfação entre a população usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Dessa forma, é possível observar que esses sistemas permitiram autorizar disponibilizar recursos para atender às necessidades do excluídos, aprimoraram a equidade, visto que foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade, afirmaram maior eficiência dos serviços, haja vista que economizaram tempo nas consultas, abreviaram o uso de exames laboratoriais e assim restringiram os gastos em saúde (MENDES, 2011).

Em um balanço dos 20 anos de avanços do Brasil, Mello (2011) constata que a ESF - enquanto programa de fortalecimento da APS - conta com resultados positivos, os quais se materializam através da redução da mortalidade infantil - uma das maiores reduções do mundo -, a eliminação da desnutrição como problema de saúde pública, especialmente no

---

<sup>19</sup> SHI, 1994; STARFIELD, 1994; BINDMAN et al., 1995; CASANOVA e STARFIELD, 1995; CASANOVA et al., 1996; STARFIELD, 1996; WEISS e BLUSTEIN, 1996; REYES et al., 1997; BOJALIL et al., 1998; FORREST e STARFIELD, 1998; RAJMIL et al., 1998; RADISH et al., 1999; VAN DOORSLAER et al., 1999; BILLINGS et al., 2000; GILL et al., 2000; ROSENBLATT et al., 2000; GRUMBACH; 2002; STARFIELD e SHI, 2002; MACINKO et al., 2003; BERMUDEZ-TAMAYO et al., 2004; CAMINAL et al., 2004; GILSON e McINTYRE, 2004; GWATKIN et al., 2004; PALMER et al., 2004; ROSERO, 2004a; ROSERO, 2004b.

Nordeste – que era um drama –, e a maior cobertura vacinal do mundo. Tudo isso é fruto da ESF e da APS.

Nos primeiros anos, a ESF – ainda executada como PSF – trouxe resultados positivos, eficazes e humanos. Logo no início, pode-se observar o declínio nas taxas de mortalidade infantil, aumento do número de mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros meses e menores casos de internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas. Houve ainda, uma maior preocupação com os hipertensos, diabéticos, e com a expansão de RAS nos territórios historicamente sem qualquer atendimento. E, enquanto antes tinha um médico a cada 3.000 a 4.000 famílias referenciadas, atualmente recomenda-se uma equipe para 3.000 pessoas, podendo o Ministério da Saúde, financiar uma equipe para até 2.000 usuários (MELO, 2012).

O PSF, em todos esses anos não sofreu interrupção no âmbito nacional. Porém, segundo Mello (2011, p. 49), apesar dos resultados, os desafios batem à porta tornando-se necessário “melhorar as condições físicas, tecnológicas, sistemas de informação, banda larga e equipamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fixação das equipes, suporte a exames e consultas especializadas”.

Os impactos do PSF no SUS são muito expressivos, afirma Mendes (2011). O autor menciona ainda que houve avanços notáveis em termos de estrutura, porém reconhece que ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de dar conta de cumprir com as funções que convocam a APS, bem como de sustentar as mudanças preconizadas no relatório anual de 2008 da Organização Mundial da Saúde. Vale salienta que o PSF, apesar dos impactos positivos, integra as ações da APS, ou seja, o referido programa não a promove sozinho, sendo necessário para isso um conjunto de ações que integram a PNAB.

Neste sentido, Mendes (2011) salienta que o cenário com qual nos deparamos é de uma APS, que por vezes, principalmente em cidades de grande porte, são instaladas em casas alugadas, possuem seus sistemas de contratação de profissionais precários e que, em geral, a gerência não é profissionalizada, situação que pode refletir na qualidade dos serviços ofertados.

Diante do exposto, o capítulo seguinte abordará como a APS tem sido executada no Estado do Rio de Janeiro baseando-se na crença de que, por meio desta análise, seja compreendida a lógica de promoção à saúde na região, que abarca a cidade de Campos dos Goytacazes/RJ enquanto município do interior do estado em epígrafe e região de análise do presente estudo.

## 2.6 Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e no município de Campos dos Goytacazes/RJ

A fim de facilitar a compreensão acerca da organização e oferta das ações dos serviços de atenção à saúde do município de Campos dos Goytacazes/RJ, analisar-se-á em um primeiro momento a configuração política do Estado do Rio de Janeiro, considerando a sua história e a sua trajetória política e institucional dos últimos anos, visto que,

[...] o tecido organizacional da política brasileira se costura em cada nova gestão, e os políticos dos partidos governantes nomeiam os ocupantes dos cargos e determinam o modelo de organização. Ao mesmo tempo que o partido se organiza na instituição e ocupação de diversos órgãos do governo, reorganiza também os espaços políticos que se abrem para a nova gestão e expulsa os que estão em retirada no novo governo estadual e na secretaria de saúde (GERSCHMAN, 2016, p. 64).

Assim, ficam definidos os mecanismos necessários da nova gestão, compreendendo as organizações como arenas de conflitos, onde os indivíduos e subunidades, munidos de interesses específicos concorrem por projetos políticos diferentes e em disputa não só em meio ao exercício do poder, como também no que corresponde a alocação de recursos (ELMORE 1978 apud GERSCHMAN, 2016).

A análise conta com um recorte de temporal. Logo, foram considerados, no estudo de Silvia Gerschman (2016), os períodos de: 2003 a 2007, o qual faz menção ao governo estadual da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho; e 2007 a 2012, que corresponde a administração do Sr. Sergio Cabral. Segundo a referida autora, no período dos dois governos houve um paulatino desmonte do SUS no estado. A análise realizada pela autora anteriormente mencionada refere-se à organização, à composição da gestão e à percepção dos atores no tocante das modalidades e modelos de gestão utilizados no âmbito da Política de Saúde.

Na Tabela 1, foi feita uma síntese sobre os principais pontos divergentes entre os dois governos no período em destaque.

**Tabela 1 – Principais pontos entre as duas gestões (continua).**

	<b>Governo Rosinha (2003-2007)</b>	<b>Governo Cabral (2007-2012)</b>
<b>Saúde</b>	Sustentava o discurso de defesa e preservação do SUS – defendendo um sistema integrado e regionalizado	Sustentava o discurso de excelência técnica, baseada na eficiência e em instrumentos a serem aplicados nas políticas e nos programas de saúde.

### Principais pontos entre as duas gestões (conclusão)

<b>Relação público-privado.</b>	Para a maioria dos gestores essa relação NÃO era benéfica para o SUS, devido carência de estrutura e limites, presença de distorção do sistema público, existência de retardamento e dependência na qualificação da rede própria. Nessa gestão não houve preocupação diante da relação entre a SES com os seguros privados.	Para a maioria dos gestores essa relação era benéfica, visto que para eles supria as necessidades de atendimento, apresentava uma melhor avaliação, controle e limites e era mais rápido no gerenciamento d recursos humanos. Nessa gestão houve incentivo de várias modalidades e estimularam e facilitaram o crescimento do setor privado.
<b>Processo decisório e modelo de gestão</b>	Os gestores se referiam à uma modalidade democrática de decidir as políticas, envolvendo reuniões e ampla participação do Conselho Estadual de Saúde nas tomadas de decisões.	Os gestores consideraram que o mais adequado era uma gestão moderna baseada no conhecimento técnico específico, relacionados à administração e organização.

Fonte: adaptado de Gerschman (2016).

Cabe chamar atenção para o fato de que, segundo Gerschman (2016), em ambos os governos não foi possível acessar as atas que demonstrariam a transparência do processo decisório. Outra situação de ambiguidade entre as duas gestões é a defesa da atuação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) em toda rede do SUS, porém não foi o que efetivamente aconteceu, como constatou o estudo da autora acima identificada.

Na gestão da SES do governo da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho houve uma descontinuidade das ações em relação aos anos anteriores, devido à nomeação de uma subsecretária que não compartilhava das mesmas intenções do secretário médico sanitário nomeado na gestão anterior pelo Sr. Anthony Garotinho (1999-2003). O processo decisório encontrou entraves diante das divergências vividas pela referida secretaria, e, por isso, essa época caracterizou-se pelo conflito entre os grupos políticos, e, como consequência desse cenário, houve pouco avanço no SUS estadual (GERSCHMAN, 2016).

Para os gestores do governo do Sr. Sergio Cabral (2007-2012), o processo decisório foi orientado por uma postura neutra. Todo discurso apresentava um modelo de cunho empresarial diante de soluções operacionais, princípios alheios ao exercício da assistência médica (GERSCHMAN, 2016).

Em ambos os governos, as gestões atribuem aos recursos humanos em saúde, em especial a categoria médica, como um dos entraves da gestão estadual. Essa relação foi marcada por frequentes conflitos. No governo da Sr.<sup>a</sup> Rosinha, a maioria dos gestores relatou

que os principais problemas se fizeram presentes em meio à ausência de política de recursos humanos e na baixa remuneração dos médicos. No governo do Sr. Cabral, mesmo que em menor proporção, os gestores apontam que os problemas também emergiram frente à baixa remuneração dos médicos, além da questão relacionada à fixação deste profissional ao emprego, ausência de algumas especialidades médicas, qualificação, capacitação, condições de trabalho.

O período do governo Cabral, foi marcado pela terceirização como estratégia de contratação, com o crescimento do setor privado e o enfraquecimento do SUS, como demonstrado na Tabela 1. A SES instituiu vínculo empregatício por meio de organizações sociais. O ingresso de médicos se deu por meio de convênio público de direito privado, bem como de Organizações da Sociedade Civil de interesse Público (OSCIP). Os profissionais inseridos nessas modalidades eram isentos de estabilidade e benefícios sociais (GERSCHMAN, 2016).

Segundo Gerschman (2016), os contratos firmados na forma mencionada anteriormente não resolvem a deficiência de especialidades médicas frente ao atendimento de saúde, nem mantém a permanência do médico no regime de plantão. Ao contrário, essa prática estimula uma modalidade perversa de subcontratação de profissionais de assistência hospitalar. Portanto, observa-se que, em ambos os governos citados, não houve um corpo de trabalho coeso e baseado nos parâmetro dos SUS.

Ao avaliar o contexto nacional, observa-se que, sob pressão pela alocação dos gastos públicos, a prática instituída pelos governos acima mencionados nos últimos anos faz-se elemento constitutivo do processo de contra reforma<sup>20</sup> do Estado brasileiro na medida em que este se configura como um Estado forte, porém enxuto, que despreza o consenso social, com claras tendências antidemocráticas.

Assim, vejamos no próximo item, como o PSF se desenvolveu diante deste cenário.

---

<sup>20</sup> A ofensiva burguesa dos anos 80 e 90, até os dias atuais, tem por objetivo a recuperação e manutenção das taxas de lucro. Neste sentido, o Estado tem acompanhado os períodos longos de desenvolvimento do capitalismo de extensão e estagnação de modo a se modificar estruturalmente, cumprindo seu papel de reprodutor social do trabalho e do capital. Sob essa lógica, a partir do final dos anos 70, quando os estados assumem a lógica neoliberal com uma programática conservadora, o mercado segue a seguinte regra: “mais mercado livre e menos Estado Social”. Nos anos posteriores, as Políticas Sociais adquirem um caráter paternalista, a maioria sendo acessadas via mercado. É possível observar a obstaculização do conceito constitucional de seguridade social no Brasil. Segundo Behring, trata-se de uma contrarreforma, visto que as ações do Estado vão ser executadas com base em aspectos regressivos, que terão suas expressões nas condições de vida e de trabalho das maiorias, bem como nas condições de participação política (BEHRING, E. R. “Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil”. In Serviço Social: direitos e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ABESS, 2009. 760 p).

## **2.7 O desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado do Rio de Janeiro**

Definido pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 648/06, como fundamento do SUS, o PSF teve sua implementação assegurada pela União, estados e municípios. Este é o principal programa de atenção no nível primário de atendimento à saúde, caracterizado pela porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde especializados de maior complexidade do SUS, como já mencionado em linhas anteriores.

Por meio da portaria 1329/1999, foi criada a ESF, mas, porém, só em 2003 foi implementado em todo o país por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)<sup>21</sup> (GERSCHMAN, 2016).

Apresentado este panorama, Gerschman (2016) salienta que no Estado do Rio de Janeiro o ESF tem início no governo Rosinha, porém não chega a ser implementado em larga escala. Foram mantidas as equipes somente em alguns municípios onde já existiam até o final de seu mandato. Em 2007, período em o Estado do Rio passa a contar com o início do governo Cabral, o PSF foi impulsionado em nível nacional devido estímulos do governo Lula, então aliado partidário de Cabral, atribuindo a este programa um papel primordial na Política de Saúde.

Assim, este cenário explica a mudança quanto à cobertura de uma gestão para outra, salienta Gerschman (2016). Segundo a referida autora, enquanto no governo Rosinha havia 1.355 equipes, no governo Cabral os números subiram para 2.124 equipes, chegando a realizar quase o dobro de cobertura da ESF à população. No entanto, mesmo que tenham ocorrido mudanças positivas de um governo para o outro, ainda assim o número de equipes de saúde da família em 2012 no Estado do Rio de Janeiro era inferior se comparado com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Bahia.

A explicação encontrada pelos gestores do governo Rosinha, durante o período em que esta se encontrava a frente do governo do Estado do Rio de Janeiro foi a ausência de investimentos da SES em relação à ESF, situação esta decorrente da falta de coesão partidária entre o governo Estadual com o governo Federal, segundo gestores (GERSCHMAN, 2016).

Consolidado o PSF no governo Cabral, houve ainda, dificuldades que não permitiram maiores avanços<sup>22</sup>. Assim, observa-se que fixar equipe do PSF envolve enfrentar obstáculos,

---

<sup>21</sup> Até este momento o PSF encontrava-se consolidado apenas em municípios de pequeno porte com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde. Portanto, antes do Proesf havia dificuldade de consolidação nas capitais e grandes centros urbanos (PAIM, 2009, p. 77).

não só os relacionados às políticas de segurança, como também a ausência de infraestrutura em saúde, o que vem por contribuir para a dificuldade de atendimento em todos os níveis de complexidade.

Em síntese, no governo Rosinha houve um desmonte de vários projetos e utilização discricionária de recursos financeiros do SUS por outras áreas do governo. Não foi objetivo dessa gestão a efetivação do direito à saúde, integrar os serviços e a participação social. O que ocorreu foi uma política de favorecimento, o que não culmina com o SUS e sua complexidade (GERSCHMAN, 2016).

Ao contrário do apadrinhamento político do governo Rosinha, a modalidade de tomada de decisão do governo Cabral era pragmática, resguardado por uma equipe que detinha conhecimento técnico. O governo Cabral possuía aliança com o governo federal, o que veio facilitar a relação de negociação.

Ambos os governos ressaltaram a necessidade de fazer o controle de qualidade e avaliação em toda a rede do SUS, mas isso não ocorreu em nenhum dos governos em destaque.

Portanto, observa-se que a SES tem grandes desafios pela frente. Segundo Gerschman (2016), as dificuldades vivenciadas pela gestão da saúde nesses últimos anos demonstram que:

[...] este território ainda carece definir o papel dos planos privados, de estabelecimentos de controle de qualidade dos serviços estaduais, do acesso da população aos serviços de saúde e da transparência na atuação política institucional de modo a garantir a universalidade do usufruto da saúde (GERSCHMAN, 2016, p. 92).

Apresentado este cenário dos últimos 12 anos, há de convir que o desenvolvimento do SUS estadual realizou-se de forma diferenciada quando comparadas as duas gestões em destaque. Os perfis dos gestores variaram de acordo com os governos, o que contribuiu para as divergências, pois,

[...] de fato, instituições se regem segundo orientação política e escolha de valores de seus dirigentes direcionadas a objetivos de ação/intervenção, procedidos esses por negociação entre grupos político-institucionais, interesses e apoio externos (SANTOS, 2009 apud GERSCHMAN, 2016, p. 79).

---

<sup>22</sup> Segundo a pesquisa de Gerschman (2016) a maioria dos gestores julgou muito importante a fixação da equipe para o programa, e ainda, 41% dos gestores entrevistados atribuíram importância a carência de médicos com formação em medicina da família ou clínica geral (GERSCHMAN, 2016, p. 86).

A dramática situação de saúde enfrentada pela população carioca tornou-se habitual, sendo denominada de ‘crise’ pelo discurso político ou reproduzidas pela mídia.

Segundo Gerschman (2010), essa ‘crise’ origina-se por meio de um conjunto de problemas caracterizados pela ausência de políticas de prevenção, colapso continuado de serviços de atenção à saúde, pelas dificuldades em ofertar atendimentos satisfatórios à população e pela permanência da fila de espera.

A autora citada continua afirmando que uma maior contratação de equipes do PSF poderia ter colaborado para a melhoria da atenção à saúde da sociedade carioca, porém nos últimos anos a SES e a secretaria municipal do Rio de Janeiro não realizou contratação regular de equipes.

Diante do exposto, é notório que,

As políticas de saúde deixaram de ser políticas sociais e universais para tornarem políticas banalizadas pelo mercado. Este é o aspecto central e não mencionado nos discursos dos sucessivos governos do município e do estado: a obrigatoriedade constitucional que o estado tem de investir em políticas de bem-estar da sociedade (GERSCHMAN, 2010, p. 75).

Nota-se, frente a todos os argumentos aqui apresentados, que o Estado do Rio de Janeiro não assumiu, no período analisado, um projeto próprio para a saúde, ou ainda de financiamento, bem como aplicação e fiscalização de recursos capazes de desenvolver o SUS, devido à ausência de definições e atribuições da esfera estadual, situação esta que explica a falta de acordos políticos para o andamento de políticas integradas entre as instâncias federadas, pois o SUS requer um conjunto de normas operacionais e portarias que o regularize e o induza, caracterizando assim, “uma fina teia sensível e exposta aos dispositivos políticos e preexistente na federação e demais instâncias administrativas de governo”, diz Gerschman (2010, p. 78).

Assim, ao considerar que a implementação de um sistema de saúde pública e universal está baseada em políticas de saúde desde a aprovação do SUS na Constituição Federal de 1988, Gerschman (2010) faz uma indagação interessante: por que as políticas de saúde carecem dos recursos necessários para a sua efetivação? Trata-se de insuficiência de recursos ou trata-se de uma política de desinvestimento dos sucessivos governos do estado do Rio de Janeiro?

Exposto o contexto da gestão da Política de Saúde do Estado do Rio de Janeiro nos últimos anos, adiante será apresentada a lógica de implementação da referida política no tocante ao município de Campos dos Goytacazes/RJ a fim de dar suporte à reflexão proposta por este estudo.

## 2.8 O panorama da Política de Saúde de Campos/RJ

O município de Campos dos Goytacazes situa-se no Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, com uma extensão territorial de 4.026,696 Km<sup>2</sup>, a maior do Estado do Rio de Janeiro, com densidade demográfica de 115, 16 (hab/km<sup>2</sup>), com população de 463,731 habitantes, segundo censo de 2010, com estimativas do ano de 2016 de 487,186 habitantes<sup>23</sup>.

A Região do Norte Fluminense é formada pela união dos nove municípios, agrupados em duas microrregiões: a primeira composta por Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra; e a segunda composta por Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu, Quissamã. É a mesorregião com maior PIB per capita do estado, devido à grande exploração de petróleo.

O município se destaca ainda por possuir o maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, ficando atrás somente da capital fluminense, fato este devido ao pagamento de royalties e participações especiais oriundos do petróleo (Lei 9.748/97), que em 2013 recebeu R\$ 406.073.703,99 (INFOROYALTIES, 2015). A Bacia de Campos é responsável por mais de 80% da produção nacional de petróleo (LYRA, 2012).

Ressalta-se ainda que, no que corresponde aos serviços de saúde, o município em destaque é credenciado ao SUS à Gestão Plena do Sistema Municipal (DO município de 16/09/09), o que lhe confere maior autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde, visto que, nesse caso, a transferência dos recursos federais é realizada de forma direta para esfera municipal (OLIVEIRA, 2015).

Este contexto local conta com dois grandes hospitais de referência regional: o Hospital Ferreira Machado e o Hospital Geral de Guarus. A administração destas instituições é realizada pelo município de Campos/RJ por meio da Fundação Municipal de Saúde (FMS). Os atendimentos do Hospital Ferreira Machado são de urgências e emergências cirúrgicas, predominantemente. No Hospital Geral de Guarus, os atendimentos correspondem às internações por condições clínicas diversas, procedimentos cirúrgicos, e consultas em especialidades médicas (BRASIL/CNES apud SILVA 2012).

Outros hospitais compõem a rede especializada de saúde do município de Campos/RJ como: Santa Casa de Misericórdia, Hospital Plantadores de Cana e Sociedade Beneficência Portuguesa de Campos, que são referência em atendimento materno-infantil, com atendimentos ambulatoriais de pré-natal e pediatria, e ainda o Hospital Escola Álvaro Alvim, que possui atendimento ambulatorial, bem como atendimento de média e alta complexidade.

---

<sup>23</sup> IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=330100>> Acessado em 29-11-15.

Todas as unidades mencionadas acima possuem convênio com o SUS e estão localizados na área urbana da cidade (BRASIL/CNES apud SILVA 2012).

Campos dos Goytacazes/RJ é o município mais populoso, e também é referência para ações integradas em saúde para um total de 8 (oito) municípios - Cardoso Moreira, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã, conforme mostra a Figura 2. (SOUZA, 2003)



**Figura 2 – Mesorregião do Norte Fluminense.**  
 FONTE: Movimento Regional Por La Tierra (2017)

Entretanto, a renda per capita do município de Campos é tão baixa quanto à da região Nordeste, o que se justifica pelo fato de 39,5% do rendimento mensal domiciliar é inferior a  $\frac{1}{2}$  do salário mínimo, segundo Censo de 2010 (IBGE, 2010).

Sua extensão territorial é imensa, o que o coloca na posição de maior município do Estado do Rio de Janeiro, em área e população, se for excluída a região metropolitana do Rio de Janeiro, como já mencionado em linhas anteriores.

Considerando as condições de saneamento, somente 50% dos domicílios possuem saneamento adequado, e 47% dos domicílios possuem saneamento semi-adequado<sup>24</sup> (IBGE, 2010).

Portanto, nota-se que promover o SUS em um vasto território, como é o caso do município em epígrafe, é um desafio, visto que as demandas são enormes para uma população

<sup>24</sup> Pelo menos um dos serviços adequados. IBGE

ávida por melhorias. Diante do exposto tornou-se necessário construir um linha do tempo frente à implementação do sistema de saúde do município em tela a fim de facilitar a compreensão do que temos atualmente enquanto Política de Saúde municipal.

Segundo Lyra (2011, p. 35), em 1999 o município de Campos dos Goytacazes/RJ iniciou a ESF, possuindo 33 equipes cadastradas no Ministério da Saúde (MS), momento em que 52.304 famílias estavam inscritas e 196.970 cidadãos eram assistidos.

Em 2006 o município contava com 53 equipes de PSF (16 polos), 44 UBS e 59 pontos de PACS. Neste mesmo ano, a ESF completou oito anos de implementação no município, com uma média de trezentos mil atendimentos, cumprindo, dessa forma, o direito integral à saúde e a cidadania de todo cidadão para uma melhor qualidade de vida. Devido ao sucesso do modelo de atendimento da ESF de Campos, este foi considerado pelo MS o melhor já implantado no país (ANDRADE, 2006 apud LYRA, 2011).

No entanto, o período de sucesso passou. Em Março de 2008, devido a demandas jurídicas<sup>25</sup>, o município sofreu os seus primeiros momentos de declínio, marcado pela extinção da ESF, o que deixou seus 431. 839 habitantes, naquela época, sem atendimento pelas equipes de saúde da APS (LYRA, 2011).

Diante desse cenário, ocorre um aumento alarmante de atendimentos da rede hospitalar municipal nos anos seguintes. Segundo Lyra (2011), o secretário de saúde municipal em 2008 informou que os atendimentos de urgência e emergência aumentaram em 30 %.

Em meio a este panorama, Dr. Wilson Cabral, deputado estadual e vice-presidente da comissão de saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), levou o problema da ausência da ESF do município de Campos para ser discutido em uma audiência pública na ALERJ. Na qualidade de médico, o referido deputado levou a público sua preocupação, visto que entendia que a extinção da ESF no município desencadearia consequências negativas, tais como: transtorno para toda a população que dependia do serviço de saúde, dentre os quais inúmeros pacientes acamados, ou aqueles que estavam recebendo atendimento em seus domicílios, os que possuíam doenças crônicas, etc., ou seja, todo um conjunto de serviços que diminuiria as emergências dos hospitais em Campos, um transtorno

---

<sup>25</sup> Em 2008, o Ministério Público Federal (MPF) em Campos dos Goytacazes propôs ação civil pública e por improbidade administrativa contra o prefeito em exercício, contra o secretário de saúde e contra a coordenadora da ESF. O juiz da 1ª Vara Federal de Campos dos Goytacazes mandou notificar os acusados, que tinham 15 dias, a partir da notificação, para uma defesa preliminar das acusações. Esta ação de improbidade foi motivada por ilegalidades na ESF, com violação nos princípios da administração pública como honestidade e imparcialidade processo nº 2008.510.300.1600-6 (LYRA, 2011, p. 35).

que afetava não só a vida econômica dos profissionais como também a economia do município (LYRA, 2011).

A Prefeita Rosinha, que assumiu o governo do município em Janeiro de 2009, notou que o sistema de saúde do município enfrentava um momento delicado, principalmente em seu nível de APS, que refletia diretamente nos níveis de média e alta complexidade. Assim, a partir de fevereiro de 2009, deu-se início à tentativa de desenvolver um novo governo, com discurso de promoção de uma nova Política de Saúde Pública e uma nova estratégia para a Atenção Primária (LYRA, 2011).

De acordo com dados divulgados pelo IBGE (2016), em 2009, último censo realizado, a rede municipal de saúde de Campos contava com 110 estabelecimentos de saúde mantidos pelo SUS, e 88 estabelecimentos de saúde privados. Possuía ainda, uma capacidade total instalada de 1.646 leitos para internação, distribuídos entre 1.446 leitos no serviço totalmente privado e outros 200 mantidos exclusivamente pelo poder público municipal por meio do SUS.

Conforme dados atuais do Ministério da Saúde observa-se que o município de Campos sofreu um declínio quanto à cobertura de APS populacional nos últimos anos, como mostra a Figura 3.



**Figura 3 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica no período de 2008 a 2015 no município de Campos dos Goytacazes/RJ.**

Fonte: Adaptado da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. (2017).

Nota-se que o ano de 2008 apresenta um índice elevado na cobertura da AP fruto do sucesso dos anos anteriores frente à ESF, conforme já mencionado anteriormente. Porém, deste ano em diante há um declínio das ações devido improbidade da gestão do mesmo ano. Em 2009, inicia-se outro governo, com o discurso de uma nova política de saúde, como

mencionado em parágrafos anteriores, porém é possível visualizar por meio da Figura 3 que tal promessa não causou muito impacto, apenas manteve o nível, baixo, de cobertura da AB.

Apresentado o panorama de serviços de saúde do município, é sabido que para desenvolver as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são necessárias ainda as criações de leis<sup>26</sup> pelo Poder Executivo para o planejamento governamental, o qual deverá ser legitimado através de três instrumentos: Lei de Diretrizes orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Plurianual (PPA)<sup>27</sup>.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Plano Anual de Saúde (PAS) deverão estar afinados com os três instrumentos acima apresentados. Ao analisar o PAS do município de Campos dos Goytacazes/RJ - visto que esse contém elementos que apresentam a utilização da capacidade instalada, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas qualitativas e quantitativas na gestão do município - Oliveira (2015) identificou que, no que se refere ao ano de 2015, estava desatualizado e com déficit orçamentário de 25%, o que comprometia a gestão e o planejamento da saúde pública e complementar do município. Durante as abordagens aos conselheiros, a autora acima citada diz ter observado ainda a ausência de estímulo à participação dos usuários e profissionais nas reuniões.

Outras importantes pesquisas foram realizadas sobre a saúde em Campos dos Goytacazes/RJ, as quais identificaram que não só a APS do município conta ações “substitutivas e compensatórias em virtude da ausência do Programa de Saúde da Família” (SILVA, 2012, p.83)<sup>28</sup>, cenário este que gera um aumento nos gastos públicos com serviços de média e alta complexidade, como também a falta de uma correta alocação de recursos orçamentários, o que compromete todo atendimento, implicando, inclusive na Judicialização da Saúde<sup>29</sup>.

Segundo Silva e Alves (2013), houve também a deficiência do Planejamento e Gestão da Política de Saúde do Município. Outro agravante é o fato de que o poder judiciário tem garantido a universalidade e integralidade na obtenção do direito à saúde, o que segundo as

---

<sup>26</sup> Artigo 165 da Constituição Federal.

<sup>27</sup> Todos os municípios deverão estar de acordo com esses instrumentos de gestão e de planejamento da política de saúde, para tanto deverão elaborar o Plano Municipal de Saúde (PMS) e Plano Plurianual de Ações (PPA). Anualmente, o Plano Municipal de Saúde deverá ser trabalhado como o Plano Anual da Saúde (PAS) o qual deverá ser compatível com o PPA e o PMS, devendo expressar a LDO e a LOA.

<sup>28</sup> Segundo Silva (2012, p.61), essas políticas compensatórias se fizeram presentes por meio dos “programas de Assistência aos Assentamentos, Acampamentos e Quilombolas (PAAQ), e implementação de Unidade Básicas de Saúde 12 horas e 24 horas.”

<sup>29</sup> ALVES (2013), dissertação de mestrado intitulada: “A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes”. O presente trabalho constatou que o município enfrenta problemas com relação ao planejamento e gestão na política de saúde.

autoras pode proporcionar iniquidades no acesso à área devido a não obtenção, por partes dos atores do direito, de dados socioeconômicos para a sua tomada de decisão.

De acordo com Oliveira (2015), outro fato constatado é a baixa participação popular de membros da sociedade civil no Conselho de Saúde, visto que este é o canal de participação da população que garante o controle das ações e serviços ofertados. Vários fatores foram observados como obstáculos frente à participação popular, como: a não divulgação dos dias e horários das reuniões; local, sinalização desses locais e acessibilidade.

Contudo, ao analisarmos a política de saúde de Campos/RJ é possível verificar a similaridade entre sua lógica de gestão com a dialética estadual compreendida entre os anos de 2003 a 2007 que foi apresentada em linhas anteriores. Observa-se que assim como o período mencionado da gestão estadual, o município em epígrafe nos últimos oito anos também foi marcado pela a prevalência de políticas compensatórias, desmonte de vários projetos, utilização discricionária de recursos financeiros do SUS por outras áreas do governo, tanto que o judiciário foi obrigado a intervir e extinguir programas de grande relevância para população, como foi o caso da ESF, na tentativa de regularização das ações.

Portanto, é notório que a última gestão da Política de Saúde no município de Campos/RJ não se baseou na efetivação do direito à saúde, na integração dos serviços e na participação social.

Dessa forma, os estudos aqui apontados levantam a questão de que os princípios doutrinários de ‘universalidade/ equidade /integralidade’ e a diretriz organizativa ‘participação comunitária’ não foram acatados, contribuindo para o fortalecimento de uma erosão do Estado de Bem- Estar Social.

Segundo Gerschman (2010), o organograma de implementação da política se realiza da seguinte forma:

De fato, a política nacional de saúde inicia-se nos gabinetes do governo central. Inclusive no caso de uma política que, como o SUS, tem decisiva participação de diversas esferas societárias e de governo que se reúnem e deliberam no Conselho nacional de Saúde (CNS). A deliberação nessa instância significa decidir quais os encaminhamentos para a implementação do SUS nos níveis locais. Ou seja, norma e regulamentações necessariamente levam consigo uma cota alta de centralização política que, junto com o seu caráter indutor, incidem sobre o processo decisório local (GERSCHMAN, 2010, p. 78).

Observa-se que a política de saúde, entre outras, não se sustenta em meio à ausência de iniciativa entre os governos municipais e estaduais, e de aplicação de recursos próprios do Estado e município, de forma adequada (GERSCHMAN, 2010).

No caso de Campos, nota-se que as ações dos últimos anos não foram realizadas de forma organizadas, o que gera entraves quanto à programação e pactuação integrada das ações.

Contudo, identifica-se que as dificuldades na implementação das ações de saúde situa-se na modalidade do exercício político e basicamente eleitorais que os partidos e lideranças políticas do estado/município desenvolvem, bem como mediante da relação entre a atividade governamental e a sociedade (GERSCHMAN, 2010).

Dessa maneira, o usuário do sistema de saúde tem se deparado com dificuldades no atendimento às suas necessidades sob as justificativas de ausências de vagas, insuficiência de equipamentos e carência de medicamentos. Nesse sentido, considerando os direitos instituídos pela Constituição de 1988 e reconhecendo as instâncias jurídicas enquanto parceira da população frente os embargos encontrados ao longo da busca pela efetivação do direito à saúde, a Judicialização do acesso à saúde vem se constituindo como uma pesquisa relevante, demonstrando ser um forte indicador do processo de retração do Estado frente aos investimentos em políticas públicas referentes à cobertura dos serviços.

## CAPÍTULO III

### JUDICIALIZAÇÃO ENQUANTO BUSCA POR EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE

#### 3.1. O fenômeno da Judicialização e seu conceito

A questão da efetividade dos direitos sociais vem se tornando um desafio para a sociedade atual, tendo como consequência a Judicialização<sup>30</sup>. De acordo com Tate e Vallinder (1995), este fenômeno da política é entendido quando se transforma algo em disputa em um processo judicial.

Para Castro (1997, p.148) “a Judicialização da Política ocorre porque os tribunais são chamados a se pronunciar onde o funcionamento do legislativo e do executivo mostra-se falho, insuficiente ou insatisfatório”. Sendo assim, a Judicialização da política se apresenta em um determinado momento onde os assuntos relativos ao acesso a direitos sociais passam a gerar repercussão política e/ou social, e são direcionados não mais para instâncias tradicionais do poder Executivo ou Legislativo e sim passam a ser canalizadas para órgão da justiça ou do sistema judiciário, sob a finalidade da garantia dos direitos já conquistados pela Constituição Federal de 1988.

Os autores Tate e Vallinder (1995), apud Leitão (2008), expõem em sua pesquisa<sup>31</sup> as condições de surgimento da Judicialização, e as menciona como sendo:

- Democracia;
- Separação dos poderes;
- Política de direitos;
- Utilização dos tribunais por grupos de interesse;

---

<sup>30</sup> No cenário contemporâneo, os estudiosos sobre este tema apresentam a necessidade de diferenciação entre Judicialização e Ativismo Judicial, termos que, por vezes, tornam-se alvos de confusão. Assim, Barroso (s/a, p. 6) explica que a Judicialização, no contexto brasileiro, é um fato que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política, ou seja, o Judiciário toma uma decisão porque está embasado no que lhe cabe fazer, sem alternativa. Se uma norma constitucional permite que dela se deduza uma pretensão, subjetiva ou objetiva, ao juiz cabe dela conhecer, decidindo a matéria. Já o ativismo judicial é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance. A ideia de Ativismo Judicial está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes (BARROSO, s/a, 1-29p.). Disponível em: [http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso\\_para\\_Selecao.pdf](http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf). Acessado em 22-04-2017.

<sup>31</sup> TATE, C. Neal; VALLINDER, Tobjorn. The global expansion of the Judicial Power. New York: New York University, 1995.

- Utilização dos tribunais pela oposição;
- Inefetividade das instituições majoritárias;
- Percepção das instituições políticas;
- Delegação de assuntos pelas instituições majoritárias.

Diante da alínea (a), os autores tratam da Democracia como uma das condições que permite que a insurgência de processos de Judicialização, a partir do entendimento de que não se pode imaginar um indivíduo buscando respostas para suas necessidades, através da justiça, em plena ditadura. Afirmam assim, que isso só se torna possível em um estado democrático.

Ainda sobre democracia, Antoine Garapon (1998, p.23) afirma que:

Quanto mais a democracia se emancipa, na sua forma dupla de organização política e de sociedade, mais ela procurará na justiça uma espécie de proteção: eis uma unidade profunda do fenômeno da vigorosa ascensão da justiça.

Outro condicionante, expresso pela alínea (b), para que se tenha o processo de Judicialização, dita na classificação de Tate e Vallinder (1995), é a “separação dos poderes”.

Desde a Antiguidade, pensadores e filósofos questionavam sobre a organização da política e seus poderes constituintes, pois, nessa época, os mesmos se preocupavam em elaborar uma forma de não manter o poder político centrado nas mãos de uma única pessoa ou instituição. Tal preocupação ocupava as mentes de grandes pensadores devido à existência de um governo autoritário, que já se fazia presente naquele tempo.<sup>32</sup>

Assim, durante os séculos XVII e XVIII, desenvolveu-se o movimento Iluminista, onde teóricos como John Locke indicavam a necessidade de pensar o poder político, pois questionavam a legitimidade do poder divino dos reis. Em sua obra “Dois Tratados sobre o Governo”, Locke (1998) declarou que a vida política era uma invenção humana, e que, por isso, não dependia da vontade divina. Sua discussão girava em torno da ideia de que se um governo não fosse capaz de respeitar o direito à propriedade e à proteção da vida, este também não poderia potencializar meios de legitimar seu exercício, e, sendo assim, a população teria o direito de depor tal governo.

Durante as décadas seguintes, outro teórico deu continuidade ao pensamento de Locke (1998). Charles de Montesquieu, na sua obra “Espírito das Leis”, em 1748, chama a atenção para a reformulação das instituições políticas, o que vai denominar de “teoria dos três poderes”.

---

<sup>32</sup> <http://www.brasilecola.com/politica/tres-poderes.htm>. Acessado em 08-03-17.

Desse modo, Montesquieu (1987) elaborou uma classificação dos três poderes acerca das funções que lhes eram atribuídas: Legislativo, aquele que fazia as leis; Executivo, executava as leis e, por fim, o Poder Judiciário que tinha como direção o Direito Civil (punição de criminosos, julgamento de conflitos de interesses).

Em outras passagens de sua obra, o autor em tela mostra que não é defensor de uma separação tão rígida, pois o que ele pretendia era realçar a relação de forças e a necessidade de se obter estabilidade/equilíbrio e harmonia entre os três poderes. O grande objetivo de Montesquieu (1987) era, com isso, limitar o poder absoluto dos reis, visto que ele criticava a centralização do poder, e, por outro lado, não apreciava a ideia do povo assumir o poder.

Diante dessa análise, observa-se que de fato, o autor em destaque defendia a necessidade de existir um poder que limitasse o poder. Por isso, acreditava na possibilidade de que cada poder deveria manter-se autônomo e constituído por pessoas e grupos diferentes.

Na alínea (c), Tate e Vallinder (1995) explicam que a política de direitos, imersa juntamente com a Constituição Federal (CF), também veio a contribuir para o surgimento da Judicialização, uma vez que os direitos são reconhecidos pela Lei Maior, embora tragam consigo esse fenômeno camuflado, pois os direitos devem ser respeitados, e, se assim não forem, todos teremos o direito de requisitar que se cumpram as garantias previstas na Constituição Federal.

Outro condicionante para o surgimento da Judicialização, conforme a alínea (d), é a possibilidade de utilizar órgãos da justiça ou o sistema judiciário por grupos de interesses e pela oposição com o intuito de debater decisões tomadas por maioria de votos, pois o espaço jurídico oferece a possibilidade concreta de conseguir atingir os seus objetivos.

O argumento que cita a inefetividade das instituições majoritárias, ou seja, das instituições públicas, aponta para o fato de que estas instituições aparecem como precursoras da Judicialização, na medida em que se identifica a dificuldade que as mesmas possuem em desenvolver Políticas Públicas, e, por isso, surgem, como consequência, a falha e a insuficiência do executivo e do legislativo, gerando a insatisfação frente ao funcionamento dos serviços ofertados por estas políticas.

Por fim, há um último condicionante, representado pela alínea (f), onde os autores Tate e Vallinder (1995) configuram a falta de interesse dos poderes Executivo e Legislativo em darem resposta a questões polêmicas, passando essa responsabilidade para o judiciário, pois há um receio de que tomada de certa posição, em tais questões, possa vir a acarretar custos político-eleitorais.

Observa-se que, todo esse movimento é fruto da ampliação do Estado de direito, e, ao mesmo tempo, em que se ampliam os direitos sociais, através de lutas e conquistas, maximiza também a intervenção do Estado a fim de garanti-los, seja por meio do legislativo ou por meio do executivo. Assim, garantida a legislação, a sociedade exige agora a efetivação dos direitos sociais; porém, frente a um executivo limitado pelos acordos macroeconômicos e políticos, esta vislumbra a possibilidade de efetivação dos direitos através do judiciário.

### **3.2 Judicialização da Saúde no Brasil**

A procura pelo Judiciário é realizada por pessoas que não receberam retorno do Estado frente à luta por efetivação dos seus direito à dignidade e à vida. No campo da saúde este acontecimento torna real a necessidade do debate quanto ao bem-estar social, com atenção ao direito à saúde, pois o número de determinada reivindicação pode ser o indicador de lacunas nas ações e serviços prestados pela área em destaque, revelando a necessidade de políticas sociais estratégicas e mais articuladas.

A Judicialização da Saúde surge de modo a amenizar situações em que o sistema público torna-se ausente frente à execução de ações dos serviços públicos. Ao mesmo tempo, essa busca por efetivação de direitos via Poder Judiciário pode ser considerada uma justificativa para a implementação de políticas/estratégias/programas mais eficazes e permanentes.

O debate em torno do acesso ao direito à saúde enquanto demanda judicial vem ganhando terreno junto aos operadores do direito, aos gestores públicos, aos profissionais da área de saúde e à sociedade civil. A atuação do Poder Judiciário imprime a execução das demandas da população face à limitação orçamentária e para além das supostas possibilidades fiscais.

Segundo Silva (2013), é possível dizer que, quando as ações de Judicialização ocorrem, o Estado foi incipiente na elaboração e na garantia de políticas capazes de atender às necessidades coletivas de dada sociedade em determinado período de tempo. Por isso, as ações individuais avançam no sentido de prevalecer os direitos dos sujeitos em seus diferentes contextos de vida, proporcionando um cenário favorável à expansão da Judicialização. No trecho abaixo, a questão é ratificada com a seguinte afirmação da autora em tela:

É fato que o sistema de saúde no país não tem sido capaz de efetivar a contento o Direito à Saúde a todas as pessoas, conforme previsão da Constituição Federal. Nessa esteira, muitas vezes o Judiciário acaba sendo a

última alternativa de muitos pacientes para obtenção de um medicamento ou tratamento (SILVA, 2013 p. 01).

Dessa forma, sabe-se que a saúde é direito fundamental assegurado no Art. 6º da Constituição da República de 1988, como dever do Poder Público cujo atendimento deve ser integral, com acesso universal e igualitário. Observa-se que o reconhecimento da saúde “como completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença, apresenta o propósito almejado, de que as pessoas possam ter uma vida com qualidade” (PAIM, 2009, p. 11).

Há, porém, diversos questionamentos diante do posicionamento judicial frente à efetivação dos direitos sociais, tais como: o custo da atividade jurídica, os limites impostos ao uso de recursos para a efetivação de políticas públicas e a concessão realizada pelo Poder Judiciário, que dentro da esfera jurídica divide opiniões.

Quanto aos recursos financeiros para a realização das ações de políticas públicas, há um debate frente a conceitos econômicos para compreender, analisar e prescrever funções para o sistema jurídico, discussão essa que apresenta diferentes correntes. Apesar das divergentes teorias diante desta temática, Richard Posner (1998) entende que as regras de direito devem ser eficientes no sentido de maximizar, ou ainda, tentar promover o bem-estar social. De fato, há de convir que o direito hoje, não pode ser analisado sem considerar os aspectos econômicos a ele inerentes.

Segundo Botelho (2011, p. 120), “O grande mérito da análise econômica do direito é que suas preocupações fazem com que o juiz deva ter consciência do impacto econômico-social de suas decisões, para além do simples enquadramento normativo do caso sub judice”.

Desta forma, o autor em destaque apresenta a importância, diante de uma decisão judicial, da conscientização econômica-social que, para ele, proporciona um aumento das possibilidades de escolha e decisão do caso concreto respeitando os fundamentos do direito. Para Botelho (2011), essa postura afasta uma submissão pura à lei e as regras que impõe sua aplicação.

Segundo Ribeiro (s/d), o fato é que os direitos individuais básicos, dentre os quais se enquadra a saúde, foram constitucionalizados, na maioria das vezes, de forma vaga, por isso, o poder de controlar a constitucionalidade de atos normativos torna-se um papel importante a ser exercido pelo Poder Judiciário, o qual passa atuar frente ao veto a proposições dos Poderes Legislativo e Executivo. Logo, fica a cargo dos juízes a interpretação cabível, dentro da lei, a

cada situação que requer justiça social, e assim, estes podem, ao resolver situações novas, gerar um novo discurso normativo, não previsto no ordenamento jurídico existente.

Nesse sentido, percebe-se que, nesses casos, o Poder Judiciário constitui-se como um agente relevante no processo decisório e, conseqüentemente, na produção de políticas públicas.

Assim, observa-se que discussões sobre as decisões jurídicas frente às demandas de Judicialização são constantes. A análise sobre esse tema nos direciona para algumas vantagens deste fenômeno na área da saúde apresentadas por Marrara e Nunes (2010), como: a motivação à concretização do direito social; a evidência quanto ao mau funcionamento do Estado; e a inibição ao retrocesso social.

Os autores supracitados trazem ainda o entendimento daqueles que analisam a Judicialização da política de saúde como um movimento negativo, afirmando que este fenômeno pode proporcionar: a confusão/interferência entre micro e macrojustiça<sup>33</sup>; desrespeito ao orçamento por conta da “Reserva do Possível”<sup>34</sup>, tendo em vista esforços que exijam recursos materiais e/ou financeiros desproporcionais à receita, prejudicando as políticas públicas; e a violação da harmonia entre os poderes, com o Judiciário pautando algumas ações do Executivo.

O Estado brasileiro, tem se baseado na lógica da Reserva do Possível, o que impõe limites à efetivação dos direitos fundamentais que devem ser prestados pelo Estado, conforme analisa Silva (2016). Entretanto, é necessário o cuidado quanto essa apropriação de jurisprudência no que se refere à realidade brasileira, considerando as divergências entre esta realidade com a europeia, onde nasceu a referida teoria. O problema do caso brasileiro está inserido na necessidade de definir o que é “possível” e na legitimidade de implementar políticas públicas.

Todavia, não restam dúvidas que os direitos sociais constituem direitos positivos, que exigem um conjunto de medidas positivas por parte do Estado no que concerne alocação de

---

<sup>33</sup> Segundo CASTRO (2008)\* *apud* Marrara e Nunes (2010, p.88), essa confusão se dá na medida em que muitas vezes o Judiciário autoriza demandas dos cidadãos perante o sistema estatal de saúde sem considerar a globalidade das políticas públicas existentes. Dessa forma, os autores salientam que ao buscar a justiça no caso concreto (microjustiça), o Poder Judiciário afeta os desenvolvimentos propostos pelo conjunto de políticas públicas (macrojustiça). \*CASTRO, José Augusto Dias de. A questão do direito fundamental à saúde sob a ótica da análise econômica do direito. Revista do Direito Público da Economia – RDPE, nº 21, 2008 (edição da biblioteca digital da editora Fórum).

<sup>34</sup> A teoria da Reserva do Possível representa uma adaptação de uma jurisprudência alemã quanto à construção dos direitos subjetivos à prestação material de serviços públicos pelo Estado está condicionada a disponibilidade de recursos. Tal disponibilidade estaria relacionada às decisões governamentais e dos parlamentos mediante composição dos orçamentos públicos (KRELL, 2002).

recursos. Tanto no passado, quanto atualmente, os direitos econômicos, sociais e culturais apresentam um problema inquestionável: um alto custo para a sua efetivação. Por isso, segundo Botelho (2011), deve-se refletir quanto aos impactos que as decisões podem proporcionar. Porém, há a necessidade de se estabelecer o respeito ao núcleo essencial da existência mínima inerentes à dignidade da pessoa humana.

### **3.3 Impactos financeiros da Judicialização no Brasil.**

Nos últimos oito anos, os gastos do Ministério da Saúde (MS) com a Judicialização da compra de medicamentos saltaram de R\$ 103,8 milhões para R\$ 1,11 bilhão em 2015, o que corresponde a um aumento de 1.060%. Quase 8% das despesas do SUS foram gastos com demandas judiciais referentes aos medicamentos, em 2015, correspondendo à ordem de R\$ 14,8 bilhões, equivalente à taxa de 13,9% do orçamento do MS<sup>35</sup> (MELLO, 2016).

Na esfera federal, os recursos financeiros necessários à implementação das despesas que surgem em meio às demandas judiciais são custeados de acordo com a disponibilidade orçamentária das ações programáticas de assistência à saúde.

Vale ressaltar ainda que os gastos com a Judicialização da Saúde não constam nem nos Planos Anuais de Saúde nem nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA), sendo seu pagamento efetuado por meio de recursos dos componentes existentes. Por isso, há um aumento exponencial dos gastos nessa área (DAVID *ET. AL.*, 2016).

Outra questão é sobre o aumento da despesa judicial para atender a um pequeno número de demandantes, com tratamento correspondente a alta complexidade, como é o caso apresentado por este trabalho. Isso pode penalizar diversas outras pessoas, gerando uma tendência que pode comprometer a política de saúde frente aos cuidados essenciais e universais.

O fenômeno da Judicialização da Saúde é multifacetado. Por um lado, as ações judiciais implicam uma parcela significativa do orçamento para atender demandas específicas de alguns pacientes; por outro, podem apresentar-se como o único caminho para salvar ou prolongar a vida de pacientes, em especial daqueles com doenças raras ou crônicas, como diabetes e câncer, que dependem de medicamentos de alto custo (PIERRO, 2017).

A importância do Poder Judiciário não é uma exclusividade do Brasil, sendo tal fenômeno uma realidade em vários países, como apresenta a Figura 4.

---

<sup>35</sup> Os dados são do Instituto Nacional de Estudos Socioeconômicos (Inesc), que fez um levantamento sobre as despesas, determinadas pela Justiça, para a compra de medicamentos não disponíveis pelo SUS ou ainda sem registro no Brasil.



**Figura 4 - Particularidades da judicialização da saúde em países que também enfrentam o problema.**

Fonte: apud PIERRO 2017.

É importante enfatizar neste momento que o conceito de Judicialização é controverso na literatura especializada, como foi possível observar em meio ao debate anteriormente exposto. Porém, pode-se perceber a atuação do Poder Judiciário brasileiro no processo decisório de produção de políticas públicas, principalmente por meio do seu principal órgão, o Supremo Tribunal Federal (STF).

### 3.4 A jurisprudência dos Tribunais brasileiros sobre a Judicialização da Saúde

Com efeito, é sabido que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, obtendo como base legislativa a Constituição Federal de 1988 que apresenta os meios suficientes para garanti-la. Neste contexto, a regra do art. 196, caput c/c art. 6º, ambos da CRFB/88, é enfática na medida em que determina a saúde como direito público subjetivo de todos e dever do Poder Público (interpretação dada pelo Supremo Tribunal Federal (STF)). Por tanto, não se trata de norma de eficácia programática, mas sim de eficácia plena, ou seja, imediata.

Dessa forma, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, no enunciado cível nº 31 do I encontro de Desembargadores, foi além, ao afirmar a possibilidade de antecipação dos efeitos da tutela de mérito como a única forma capaz e eficaz de assegurar o direito fundamental à vida e à saúde.

A supremacia da vida humana assegurada pelo artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 indica a solidariedade entre os entes federativos. Por isso, a comunidade jurídica não entende que o sistema jurídico em suas decisões referente ao assunto

saúde venha ofender os princípios da universalidade, isonomia, supremacia do interesse público, igualdade e dispositivos da Constituição Estadual, haja vista que o Poder Judiciário apenas esteja colocando em ordem o cumprimento dos dispositivos violados da Constituição Federal (acesso universal das ações e serviços públicos de saúde). Assim, para alguns operadores do direito, eventuais problemas orçamentários dos entes não podem obstaculizar o exercício do direito fundamental.

Neste sentido, o Estado tem o poder e dever de cumprir de forma efetiva os comandos constitucionais que emergem nos Arts. 3º e 5º CF/88. Trata-se, assim, de observância vinculativa aos fundamentos do Estado Democrático de Direito, caracterizados pela soberania popular, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, dispostos logo no artigo inaugural da Carta Magna.

De acordo com exposto, há um grande debate a cerca da análise de ausência de provisões orçamentárias frente às despesas, visto que contamos com o aporte normativo da Lei Complementar 101/00 (LC 101/00) que se refere à Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual em seu art. 19, §1º, IV estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, bem como despesa com pessoal. Porém os gastos decorrentes de decisão judicial não são computados na verificação do atendimento dos limites orçamentários do art. 169, CF/88.

Diante da pesquisa realizada para este trabalho, foi verificado que a efetivação da demanda ocorre mediante o juízo que obriga o município garantir a demanda por saúde da seguinte forma:

- Utilização de estoque estratégico do Ministério da Saúde (MS), quando se trata de medicamentos;
- Pagamento feito diretamente ao beneficiário de demandas judiciais, referente aos medicamentos não inseridos na relação nacional, ou ainda quando os mesmo estão ausentes na farmácia municipal;
- Pagamento a entidades privadas e aos fundos de saúde, quando a demanda se refere aos leitos hospitalares, por meio dos leitos oferecidos pelos hospitais públicos ou, ainda, em caso de não haver vagas nestes, prover o leito em hospital particular mediante o pagamento financiado com o orçamento do SUS, conforme o próprio Juiz determina em consonância com a Lei do SUS (8.142/90).

Logo, os gastos gerados por esses processos não são computados para via de repasse, e por isso são pagos com os encargos de outros segmentos, comprometendo, assim, outros recursos.

Dito isso, observa-se que a partir do momento em que foram ditados os direitos fundamentais como dever do Estado, ainda que não dispusesse da verba que lhe é repassada pela União, este não pode negar a prestação de serviços essenciais, que insere o chamado mínimo existencial, a exemplo: saúde, educação, segurança, acesso à justiça e assistência judiciária.

Assim, com advento da saúde como categoria de direito fundamental somado aos “eventuais problemas orçamentários”<sup>36</sup> dos entes, surge um grande desafio em função das despesas públicas que, por vezes, tornam-se obstáculos frente ao cumprimento do direito instituído.

A fim de oferecer um suporte ao administrador, a própria Constituição de 1988 fornece parâmetros para a execução orçamentária, com o objetivo de amenizar a ausência de recursos financeiros por meio da lógica de uma gestão planejada. Por isso, o texto constitucional traz a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), apresentando critérios a serem considerados desde o planejamento do orçamento público.

Outra lei que complementa as acima apresentadas é a Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 (LRF), já mencionada, que em seu primeiro artigo, procura definir a “responsabilidade na gestão fiscal”, estabelecendo:

¾ ação planejada e transparente; ¾ prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas; ¾ garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar (BRASIL/LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL, 2000).

Nota-se que a LRF (2000) ressalta a ação planejada e transparente na administração pública fundamentada em planos previamente traçados, dependendo da aprovação da instância legislativa no caso do serviço público, o que contribui para a garantia da legitimidade.

A partir do instante em que o orçamento ganhou instrumentos legislativos que oferecem normas de ação e organização da administração pública a fim de auxiliar os governantes

---

<sup>36</sup> Discurso ideopolítico capturado pela lógica do capital, para justificar a retração do Estado como setor público.

diante de suas ações nas várias etapas do ciclo administrativo - programação, execução e controle -, o orçamento público passou a estar ligado intrinsecamente às políticas públicas, inaugurando o Estado Social (ÁVILA, 2013).

Todavia, o Estado, por sua vez, utiliza-se da “Reserva do Possível” para justificar a sua ausência na prestação das ações e dos serviços de saúde, o que surge como contribuição para o fenômeno da Judicialização, visto que a população busca o Poder Judiciário a fim de garantir a efetivação dos seus direitos quando o Poder Executivo se mostra falho, insuficiente ou insatisfatório (CASTRO, 1997). Entretanto, há controvérsias, uma vez que a jurisprudência dos Tribunais utiliza a norma constitucional como base inviolável no que concerne aos direitos fundamentais, como à saúde.

Outra pauta de debate no meio jurídico é a relação ao princípio da separação de poderes. Para alguns juristas, no momento em que o Poder Judiciário decide executar em prol de demandas que pleiteiam insumos da saúde, este por sua vez está infringindo a regra da separação dos poderes, na medida em que cabe ao Poder Executivo executar tais ações. Porém, o Superior Tribunal Federal (STF) já se manifestou sobre o assunto, destacando que o Poder Judiciário não poderia se comprazer com a inércia do Poder Executivo, conforme ensina o Ministro Celso de Mello em decisão de Agravo Regimental nº 47 (BRASIL/SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2009) a fim de esclarecer a relação da discricionariedade administrativa e o Poder Judiciário.

Nota-se que há um grande debate frente ao grau de atendimento que consta na Lei do SUS, tendo em vista a precariedade geral oferecida aos usuários deste sistema. Para Silva (2016, p. 04),

É inegável que o Brasil até hoje não tenha proporcionado a oferta integral da saúde à sua população uma condição de vida digna. Por isso, o Poder Judiciário se apresenta como o guardião dos direitos frente ao ordenamento jurídico brasileiro.

Contudo, a Judicialização da Saúde surge principalmente quando aparecem barreiras nas portas de entrada dos serviços da APS, dificultando o percurso dos usuários dentro do sistema, impedindo o acesso às consultas, medicamentos, exames, internações e demais situações relacionadas aos cuidados com a saúde.

### **3.5 Entes de apoio à Judicialização**

Os principais entes de apoio à Judicialização são o Ministério Público e a Defensoria Pública. Ambos são independentes, com missões e características próprias, fazendo parte das

funções essenciais da justiça brasileira, conforme preconizam os arts. 127 a 135 da Constituição de 1988 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA).

A Defensoria atende às ações judiciais no âmbito da Fazenda Pública diante de conflitos que envolvam fornecimentos de medicamentos e alimentos especiais, indenizações, aquisição de próteses, vagas em leitos de hospitais, entre outros. O Ministério Público, por sua vez, também pode receber os casos mencionados anteriormente, tendo a primazia em zelar pelo regime democrático e pelos valores sociais, como as defesas da ordem jurídica, dos interesses sociais, individuais indisponíveis, do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA).

No âmbito da sociedade civil, os Conselhos, aqui em específico os da saúde, atuam como espaço de controle democrático instituídos pela Lei 8.142/90, em prol da reivindicação e da participação social frente ao planejamento, gestão e execução das políticas de saúde. Os Conselhos de Saúde são conceituados como órgãos colegiados, possuindo caráter deliberativo e permanente. De acordo com a legislação vigente (LEI 8.142/90), são compostos por representantes do governo, prestadores de serviços e por fim, paritariamente por usuários e profissionais de saúde.

### **3.6. Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária enquanto demanda da Judicialização do acesso à saúde no âmbito do município de Campos dos Goytacazes/RJ.**

#### **3.6.1 Condições Sensíveis à Atenção Primária: conceito**

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) de saúde são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade pode ser amortizada por meio de uma Atenção Primária (AP). Esses agravos apresentam as doenças que poderiam ser evitadas, em sua totalidade ou em parte, mediante serviços efetivos de saúde<sup>37</sup>.

Portanto, quando a APS não garante acesso suficiente e adequado contribui para o surgimento de uma demanda excessiva frente aos níveis de média e alta complexidade da rede de saúde, implicando em gastos e deslocamentos desnecessários. Tal demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), representando um indicador que vem sendo utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da APS.

---

<sup>37</sup> NOTAS TÉCNICAS SOBRE O INDICADOR INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA – ICSAP, publicada pela Secretaria Estadual de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Instrutivos/ICSAP.pdf>. Acessado em 20-01-17.

Dessa forma, para que ocorram as reduções das taxas de ICSAP fazem-se necessárias possíveis melhorias na APS. Entretanto, altos índices destas internações nem sempre se referem às deficiências nas ações de primeiro nível da saúde. De fato há que considerar que as características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar, as políticas de admissão dos centros são algumas das variáveis que podem também interferir nos resultados dos indicadores de ICSAP. Todavia, tal indicador não deixa de ser um sinal de alerta para uma averiguação mais densa nos locais onde ele incide.

Em síntese, sabe-se que o uso prudente do indicador acima mencionado pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, na medida em que proporciona a identificação de áreas prioritárias de intervenção, colocando em evidência problemas de saúde que estão carentes de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais.

Os primeiros estudos de ICSAP utilizados como indicador do acesso e qualidade do primeiro nível de atenção à saúde surgiram em solo americano e posteriormente em outros países.

No cenário internacional, segundo Alfradique (2009), há uma série de investigações sobre indicadores da ação hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde. Desenvolvido por Billings et al.(1993), na década de 1990, o conceito de mortes evitáveis denominado “ambulatory care sensitive conditions”, que quer dizer condições sensíveis à atenção primária, é o exemplo de um desses indicadores, constituído por um conjunto de problemas de saúde que, quando recebido a efetiva ação da atenção primária, diminui o risco de internações.

No Brasil, os estudos sobre essa temática ainda são incipientes. O Estado brasileiro pôde experimentar, ao logo das últimas décadas, grandes mudanças na estrutura do SUS. Em 1994, foi desenvolvido o PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo território brasileiro, como já vimos anteriormente.

Para analisar as tendências das ICSAP no Brasil foi necessária elaboração de uma lista brasileira de ICSAP. O presente documento é utilizado para classificar as internações compreende um conjunto de diagnósticos que atendido por uma APS efetiva diminuiria o número de internações, ou seja, as atividades genuínas da APS - prevenção de doenças; o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de patologias crônicas - devem implicar na redução das internações hospitalares por essas patologias.

Assim, por meio de uma solicitação do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, foi desenvolvida, por grupos acadêmicos, uma lista de diagnósticos embasados nas características acima descritas. Todas as etapas de criação da lista brasileira estão descritas em publicação<sup>38</sup>. Composta por 20 grupos de diagnósticos do CID10, sendo 123 códigos com três dígitos, e 10 com quatro dígitos. Com a finalidade de divulgação, a lista foi publicada pelo Ministério da Saúde através de anexo da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (em ANEXO). (NESCON, 2012).

### **3.7 As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) enquanto indicador da APS no Brasil**

As altas taxas de ICSAP em uma população são capazes de indicar sérios problemas, com: falha no acesso ao sistema de saúde, no desempenho de seus serviços, nas deficiências da cobertura e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde. As ICSAP tornam-se então, um indicador valioso para monitoramento e a avaliação da política de saúde. (ALFRADIQUE et al, 2009)

Segundo Alfradique e colaboradores (2009, p. 1343), no ano de 2006 as internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações realizadas pelo SUS, o que correspondeu a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. Ante ao exposto, os autores afirmam que a atenção primária acessível e de boa qualidade tende a evitar a hospitalização ou a reduzir sua frequência. Ou seja, a APS deve oferecer ações de cuidado resolutivo e abrangente, e, havendo necessidade de atenção especializada, nos casos raros e incomuns, far-se-á o encaminhamento devido, na medida em que as intervenções cabíveis venham ultrapassar a competência da APS.

Assim, Alfradique (2009, p. 1338) diz que a AP é entendida como “provisão, a uma população definida, do primeiro contato, focado na pessoa e continuado ao longo do tempo, acessível, a fim facilitar a obtenção do cuidado quando necessário”.

Dessa forma, sendo de qualidade, espera-se que os serviços de saúde, em seu primeiro nível, produzam a redução das hospitalizações por complicações agudas de doenças não

---

<sup>38</sup> ALFRADIQUE, Maria Elmira e colaboradores. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, junho, 2009.

transmissíveis, como também a redução das readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (CAMINAL, 2004).

Portanto, observa-se que as modificações que incidiram sobre a política de saúde no Brasil, nos últimos vinte anos, ampliaram a intervenção e a participação das instâncias subnacionais e dos diferentes atores no processo decisório.

Como já mencionado, a NOB 96 normalizou a AB como primeiro nível de atenção, apresentando um conjunto de ações individuais e coletivas, direcionadas para a promoção da saúde, com objetivo de prevenir agravos, e ainda com ênfase sobre o tratamento e a reabilitação. Culminava ainda, com a incorporação de novas tecnologias (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

O PSF, hoje denominado ESF, surge para fazer parte da reestruturação do SUS, tanto por ser uma estratégia para organização da atenção básica, como pelas suas características de descentralização e participação, e com isso, mais tarde passa ganhar o título de Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Em 2006, com a formulação da PNAB alterou-se os arranjos normativos de maneira que a AB tornou-se mais compreensiva diante da diversidade nacional. Desde então, os municípios obtiveram maior liberdade para definir como AP deve acontecer, de modo a dar conta das distintas necessidades de realidades e populações ainda não atendidas. Somaram-se ainda à reformulação da PNAB, inúmeros programas, políticas e ações foram criadas.

Todavia, apesar desses avanços frente ao reconhecimento da importância das ações do primeiro nível de atenção à saúde, foi possível verificar, por meio do estudo com as ICSAP acima apresentado, que a Política de Saúde ainda sofre ausência de efetividade.

Este tema torna-se ainda mais grave quando partimos para a análise das taxas de ICSAP enquanto demanda judicial por meio da Judicialização da Saúde. Portanto, no capítulo seguinte, será apresentado o estudo desse objeto no âmbito do município de Campos dos Goytacazes/RJ.

## CAPÍTULO IV

### **DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ENCONTRADOS FRENTE ÀS DEMANDAS JUDICIAIS POR ICSAP EM CAMPOS DO GOYTACAZES/RJ NO PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO DE 2016.**

Firmado a reflexão, face à pesquisa realizada, há a necessidade, para melhor compreender os caminhos percorridos para a coleta de dados, apresentar como se constitui a estrutura judicial da Comarca de Campos dos Goytacazes/RJ.

#### **4.1. A organização e divisão judiciárias do Estado do Rio de Janeiro**

A Lei nº 6956 de 13 de Janeiro de 2015 define a organização e divisão judiciária do Estado do Rio de Janeiro, e ainda as normas gerais de administração e funcionamento do Poder Judiciário e seus serviços auxiliares.

De acordo com o art. 3º da referida lei o Estado do Rio de Janeiro é composto pelos seguintes órgãos:

I - Tribunal Pleno; II - Órgão Especial; III - Seções Especializadas; IV - Câmaras; V - Juízos de Direito; VI - Tribunais do Júri; VII - Conselhos da Justiça Militar; VIII - Juizados Especiais e suas Turmas Recursais; IX - Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; X – Juizados do Torcedor e Grandes Eventos (LEI Nº 6956/15, ART. 3º).

No entanto, o § 1 do art. 5º da mesma lei deixa claro que “sempre que necessário à eficiente prestação jurisdicional, o Juiz far-se-á presente no local do litígio”. Ou seja, cada comarca é responsável, em um primeiro momento, pelas demandas inscritas no seu território.

Apresentado como se organiza o sistema judiciário do Estado do Rio de Janeiro, segue-se a compreensão do território jurídico da Comarca de Campos dos Goytacazes/RJ, onde a pesquisa se constituiu.

#### **4.2. Estrutura do sistema judiciário em Campos dos Goytacazes/RJ**

Os Juízos de Direitos da Comarca de Campos dos Goytacazes/RJ são:

I - cinco Juízos de Direito de Varas Cíveis; II - três Juízos de Direito de Varas de Família; III - três Juízos de Direito de Varas Criminais; IV - um Juízo de Direito de Vara de Família, da Infância, da Juventude e do Idoso; V - dois Juízos de Direito de Juizado Especial Cível; VI - um Juízo de Direito

de Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e Especial Criminal (CODJERJ, art. 132, 2011).

Observa-se que a Comarca de Campos conta com cinco Juízos de Direito de Varas Cíveis, as quais serviram de base para pesquisa deste trabalho. Os processos são distribuídos, no interior das cinco Varas Cíveis, por categorias como: Família, Criminal do Júri, Cível, Criminal, Dívida Ativa do Estado/Município, Fazenda Pública e Órfãos, e Sucessões. Estes Juízes possuem atribuições que são definidas conforme explica o seguinte artigo:

Art. 133 – Aos Juízes de Direito das Varas Cíveis da Comarca de Campos dos Goytacazes compete, por distribuição, exercer as atribuições definidas nos art. 84, 86, 87, 88, 89 e 91, bem como processar e julgar as ações coletivas previstas no Código de Defesa do Consumidor (CODJERJ, 2011).

Como base na presente pesquisa, foram considerados os processos que se enquadram no assunto da categoria de Fazenda Pública, visto que esta atende o seguinte conteúdo:

Art. 86 - Compete aos juízes de direito, especialmente em matéria de interesse da Fazenda Pública:

I - Processar e julgar: (1) O art. 16 da Lei Estadual nº 5.781, de 01 de julho de 2010, definiu a competência dos Juizados Especiais da Fazenda Pública: as causas de interesse do município ou de autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista e fundações municipais; b) os mandados de segurança e as ações populares contra ato de autoridade municipal, representante de entidade autárquica municipal e de pessoa natural ou jurídica com funções delegadas do Poder Público Municipal; c) a execução fiscal de qualquer origem e natureza; d) as causas em que for parte instituição de previdência social e cujo objeto for benefício de natureza pecuniária, quando o segurado ou beneficiário tiver domicílio na comarca e esta não for sede de vara do Juízo Federal (Constituição da República, art.125, § 3º); e) processar as justificações requeridas para instruir pedido de benefício junto às instituições de previdência e assistência dos servidores estaduais, quando o requerente for domiciliado ou residente na comarca; f) as medidas cautelares nos feitos de sua competência; II - dar cumprimento às precatórias em que haja interesse de qualquer Estado ou Município, respectivas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista ou fundações por eles criadas; III - zelar pela pronta execução das causas fiscais, das diligências ordenadas pelo Juízo, notadamente dos mandados e recolhimento de valores recebidos pelos escrivães e oficiais de justiça, determinando, incontinenti, a baixa na distribuição, quando for o caso (CODJERJ, 2011).

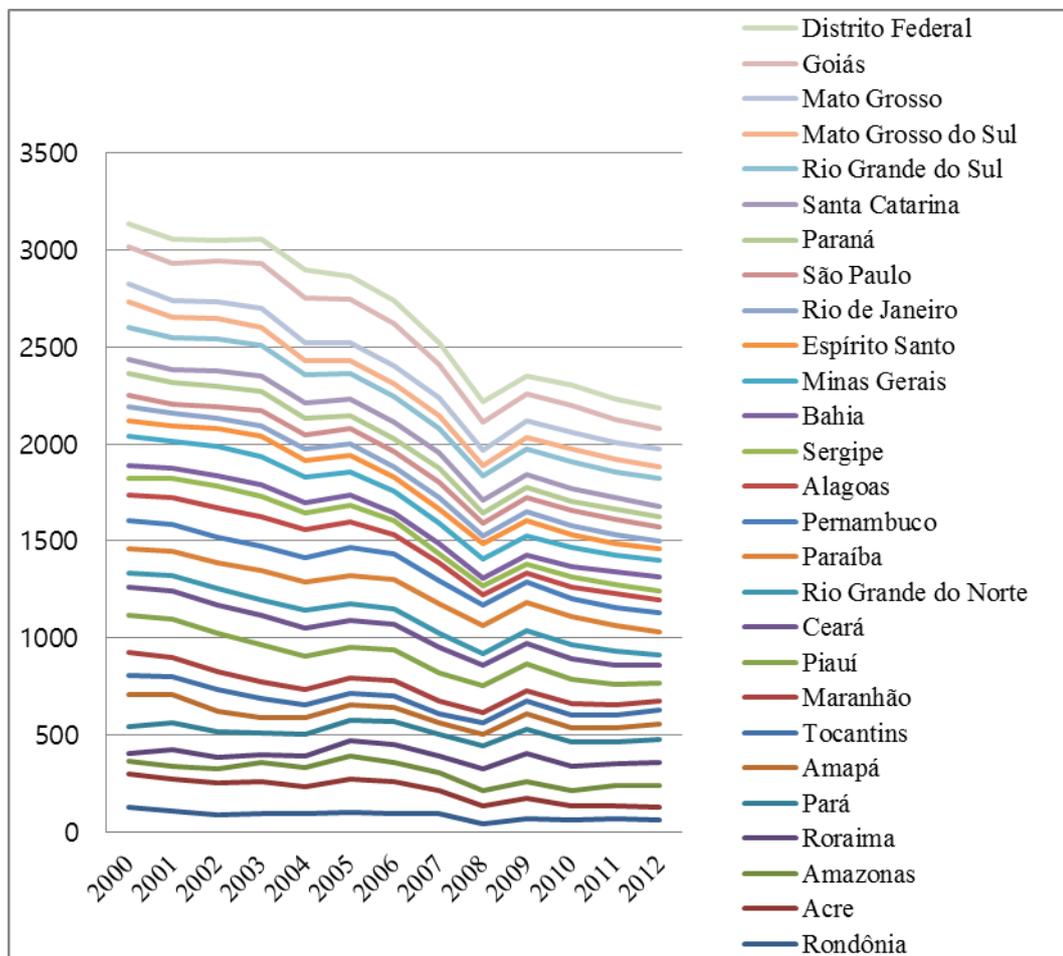
Diante do exposto, nota-se que no âmbito da Fazenda Pública são julgados as causas de interesse do município, e o objeto de interesse deste trabalho está definido na alínea (b), a qual dita julgar os casos em que atos e serviços prestados pelo Poder Público Municipal não são prestados devidamente. Por isso, como o trabalho em tela trata-se da análise do pleito por leitos hospitalares da rede municipal conveniados com SUS, tomamos como ponto de partida

a análise dos processos de Internações em UTI/CTI que tramitam no âmbito da Fazenda Pública.

#### 4.3. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no contexto do município de Campos/RJ

Antes de apresentar o contexto de Campos dos Goytacazes/RJ, optou-se por analisar o cenário nacional quanto aos casos de ICSAP a fim de proporcionar um quadro comparativo.

Como podemos visualizar na Figura 5, a partir do ano de 2000 houve um declínio das internações em todo território nacional. Esta tendência ocorre na medida em que APS ganha força por meio das ações e serviços que passam a fazer parte do SUS.

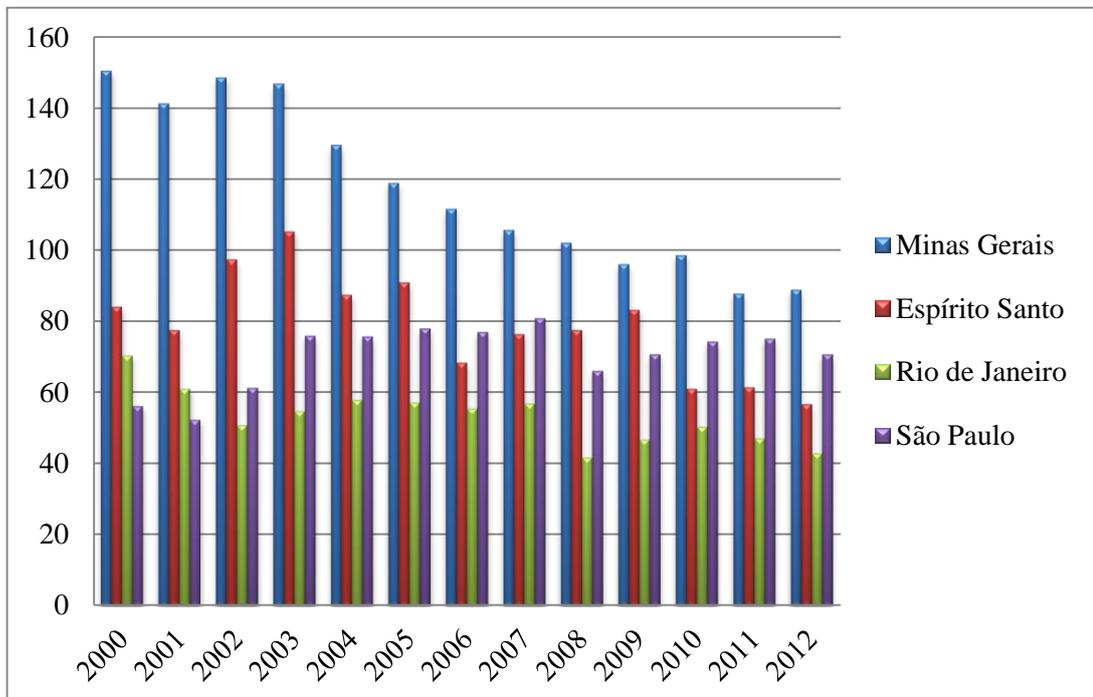


**Figura 5 - Índice de ICSAP por Unidade da Federação no período de 2000-2012.**

Fonte: Produção própria por meio dos dados coletados no site do Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Ao explorar a região sudeste, o Estado de Minas Gerais apresenta o maior índice de ICSAP, seguido, nos primeiros momentos, pelo Estado do Espírito Santo. Nos últimos cinco

anos, o Estado do Rio de Janeiro foi o que mais progrediu quanto à queda do indicador em análise, como podemos observar na Figura 6.



**Figura 6 - Índice de ICSAP na Região Sudeste do Brasil no período entre 2000-2012.**

Fonte: Adaptado do site da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

Portanto, observa-se que, embora haja declínio como tendência nacional, as ICSAP ainda aparecem com altas taxas, o que indica haver um déficit frente à APS, visto que esta desenvolve serviços de fortalecimento as ações gerais do SUS, que, sendo bem executadas, contribuem para a amortização das taxas de ICSAP, conforme já demonstrado por estudos já citados em linhas anteriores.

Ao analisar as ICSAP na região norte do Estado do Rio de Janeiro – onde se encontra o município de Campos dos Goytacazes – verificou-se os seguintes indicadores:

**Tabela 2 - Taxa de Internação Sensível à Atenção Primária por Município e Ano.**

<b>Período: 2000-2015</b>																
<b>Município</b>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Campos dos Goytacazes</b>	2352,2	1857,5	1449	1521,7	1479,4	1537,3	1468,3	1417,2	1280,6	1131,5	1067,4	986,1	930,6	802,8	774,2	779,4
<b>Carapebus</b>	207,7	337,7	209,6	115,1	102,6	216,3	269,5	132	205,6	125,7	97,3	138,7	335,1	152,7	190,3	206,6
<b>Conceição de Macabu</b>	2513	2023,8	2102,9	2507,7	2215,4	2470	1796,2	1514	1394,8	1382,9	1296,5	891,9	874,5	1281,8	790,7	491,8
<b>Macaé</b>	1019,2	835,9	821,9	905,6	774	674,5	606,6	660,6	688,6	740,2	671,9	426,5	426,2	541,8	540,9	575,8
<b>Quissamã</b>	2347,5	1870,3	1658,9	1896,3	2230,1	1983	2287,2	2615,5	2402,3	2289,5	1966,2	1320,7	1507	1994,9	1832,8	1475,8
<b>São Fidélis</b>	4466	4211,3	4112,3	3597,4	3266,4	3651,9	3529,2	3545,6	3218,4	3238	3254,9	3255,2	2910,5	3035,8	2792,4	2352,6
<b>São Francisco de Itabapoana</b>	1079,1	1271,8	1355,7	1263,1	911,9	856,1	855	866,7	802,2	1070,4	892,3	1015,2	838,4	804,4	735,3	346,3
<b>São João da Barra</b>	2362,5	2331,1	1900,3	1666,6	1463,8	1128,9	1296,2	1071	949	986,7	980,2	902,3	856,4	827,7	901,6	777,8

Fonte: Adaptado da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Todas as taxas de internação são apresentadas por 100.000 habitantes. A fonte dos dados para os valores dos numeradores e denominadores de cada indicador consta nas Notas Técnicas. A informação de município refere-se ao município de residência do paciente. Dados de 2015 são preliminares, com situação da base nacional em 31/05/2016, sujeitos a retificação. Para 2013, 2014 e 2015, por recomendação do IBGE, a população não pode ser estratificada por idade e sexo, como foi feito para 2011 e 2012, dado o tempo decorrido desde o Censo. Por este motivo, os indicadores só podem ser calculados para a população total. Para apresentar o número utilizado de internações para o cálculo das taxas, consulte a tabulação de valores absolutos.

Nota-se que, assim como o índice nacional, os dados referentes aos municípios em destaque apresentaram queda na taxa de ICSAP, porém os números que aparecem ainda são altos ao considerar a evolução dos serviços no decorrer dos anos anteriores (vide Tabela 2). No caso específico do município de Campos, pode-se observar que segue a modelo dos demais, com queda das taxas de ICSAP.

Portanto, a pesquisa realizada por Silva (2012), identificou que, no Hospital Ferreira Machado (HFM) e Hospital Geral de Guarus (HGG), no período de 2010 a 2011, das 5.069 internações, 4.594 corresponderam a condições sensíveis à APS, representando 90,6% de doenças que poderiam ter sido prevenidas ou tratadas no início dos seus sintomas, caso fosse consideradas as estratégias da APS.

Observa-se com isso que há uma distorção quantos às informações registradas junto à Secretaria Estadual de Saúde.

De acordo com Silva (2012), o descaso com a Política de Saúde no município de Campos/RJ em relação à APS prejudica o bem estar da população residente, visto que seu estudo identificou que 90,6% das internações nos dois hospitais gerais de referência no município são por doenças sensíveis à APS. Portanto, os dados apresentam evidências suficientes de que o desenvolvimento de ações efetivas da APS poderia proporcionar melhoria na qualidade de vida da população e uma queda significativa nos gastos com a atenção secundária e terciária da saúde.

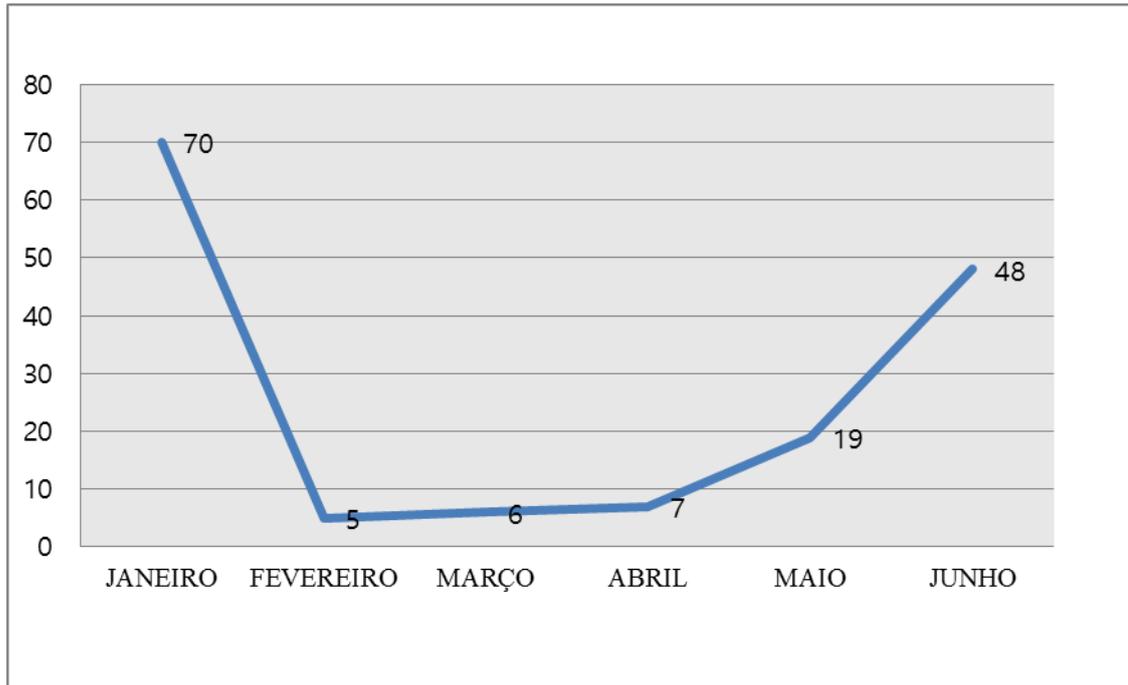
Outro apontamento realizado pela autora em destaque é em relação aos óbitos. Dos 640 óbitos ocorridos nos dois hospitais estudados (HGG e HFM), no período de 2010 a 2011, 582 correspondem ao grupo de doenças muito sensíveis à APS, o que representa 90,9% dos óbitos no período analisado (SILVA, 2012).

Apresentado este panorama, entende-se que boa parte das internações e dos óbitos poderia ter sido evitada se os pacientes tivessem recebido tratamento e acompanhamento adequado no início dos sintomas.

Contudo, amplia-se a gravidade da situação analisada quando estas se transformam em demandas judiciais. A seguir será apresentado o debate acerca deste tema.

#### **4.4 Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária (ICSAP) enquanto demanda judicial no município de Campos Dos Goytacazes/RJ.**

No concerne às demandas judiciais por internação no município de Campos/RJ, no período de Janeiro a Junho do ano de 2016, foi possível verificar o ilustrado pela Figura 7.



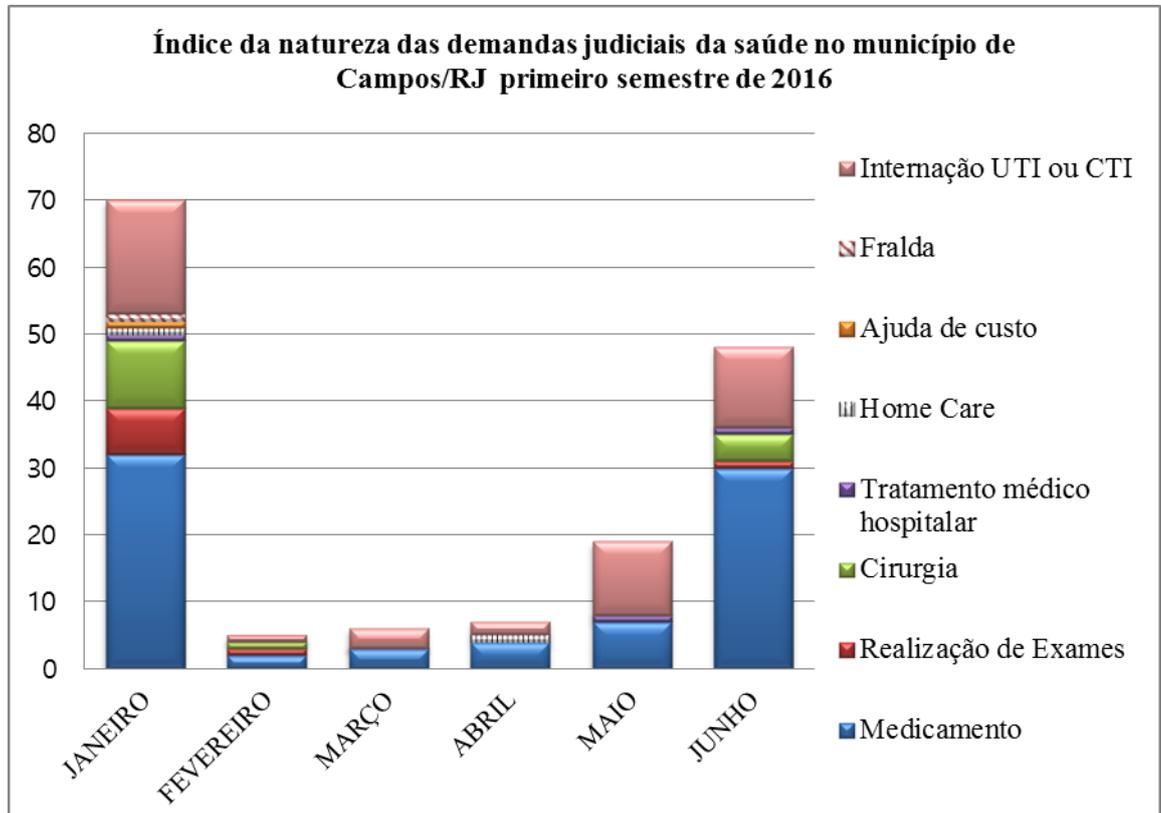
**Figura 7 - Índice de Judicialização da Saúde no município de Campos/RJ durante o primeiro semestre de 2016.**

Foram catalogados 155 processos da área da saúde que tramitaram no âmbito da Fazenda Pública, onde 46 correspondem à Internação, conforme apresenta a Tabela 3.

**Tabela 3- Tabela de discriminação dos processos catalogados.**

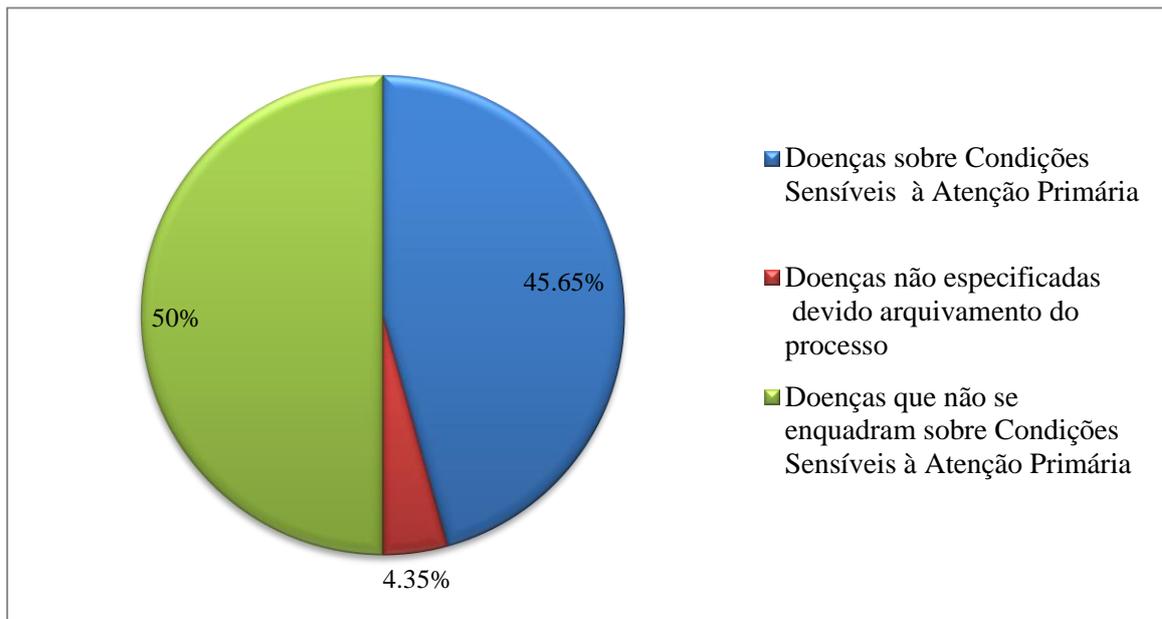
	JANEIRO	FEVEREIR	MARÇ	ABRI	MAI	JUNH	TOTAL
Os que correspondem a Fazenda Pública	100	30	44	69	87	172	502
Os que versam sobre o assunto Saúde	70	05	06	07	19	48	155
Os que estão vinculados à Internação	17	01	03	02	11	12	46
Total de Processos em todas as Varas	1.061	1.160	1.563	1.498	1.685	1.983	8.950

No decorrer da pesquisa, verificou-se ainda que os processos da área da Saúde correspondem às diversas naturezas, cujos maiores percentuais referem-se à medicamentos, correspondendo 50,32%, seguido pela busca por Internações (29,03%), como visualizado na Figura 8.



**Figura 8 - Índice da natureza das demandas judiciais da saúde no município de Campos/RJ primeiro semestre de 2016.**

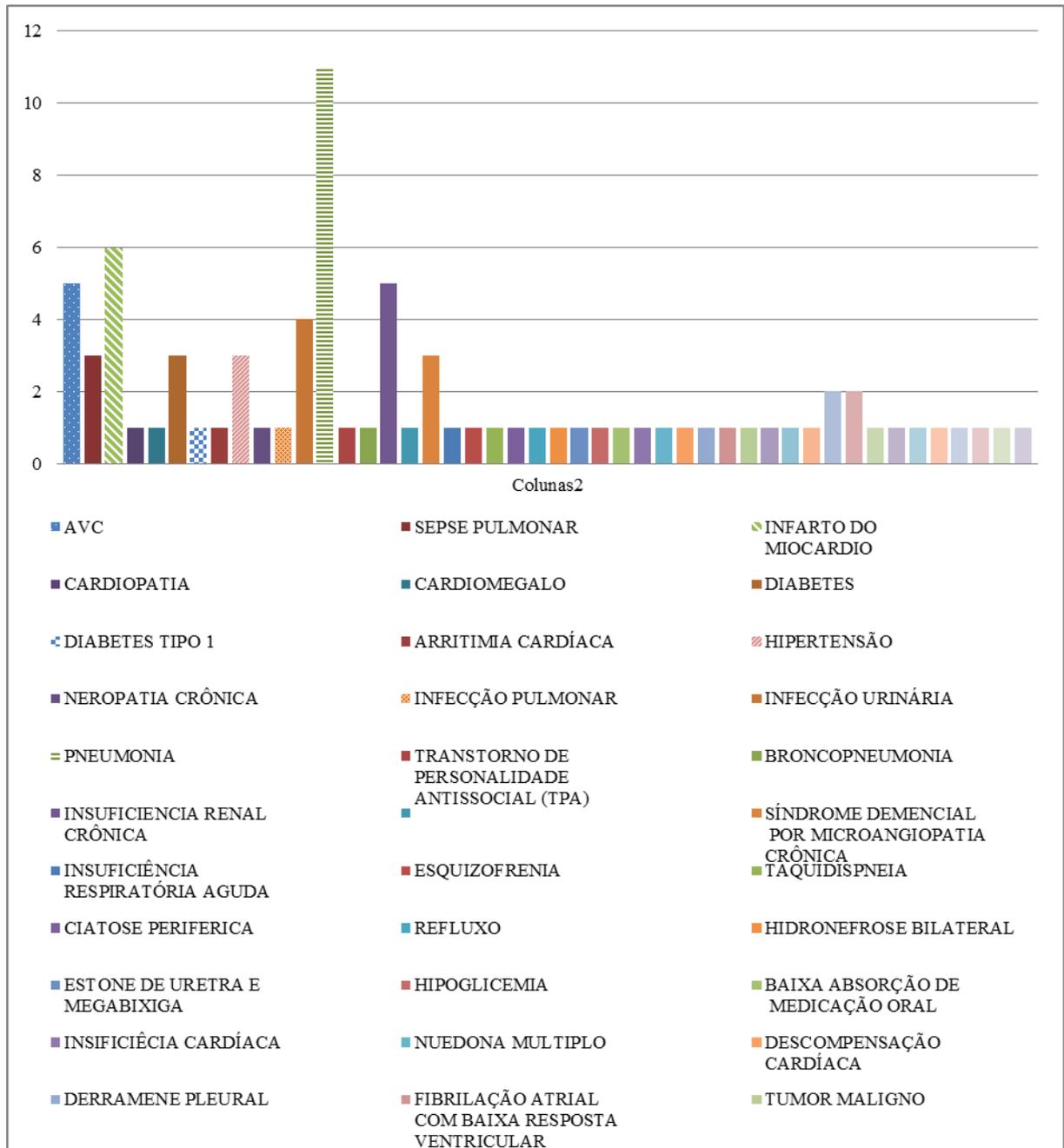
No que se refere à busca por vagas em leitos hospitalares, observou-se que 45,65% correspondem às Doenças Sensíveis à Atenção Primária (DSCAP), ou seja, são de matéria das ISCSAP, conforme apresenta a Figura 9.



**Figura 9 - Proporção da categoria de doenças que demandam as Internações.**

A classificação das doenças/causas como DCSAP foi realizada por meio do Código Internacional de Doenças (CID) informado pelos médicos nos prontuários dos pacientes e relacionada com a Portaria 221/08.

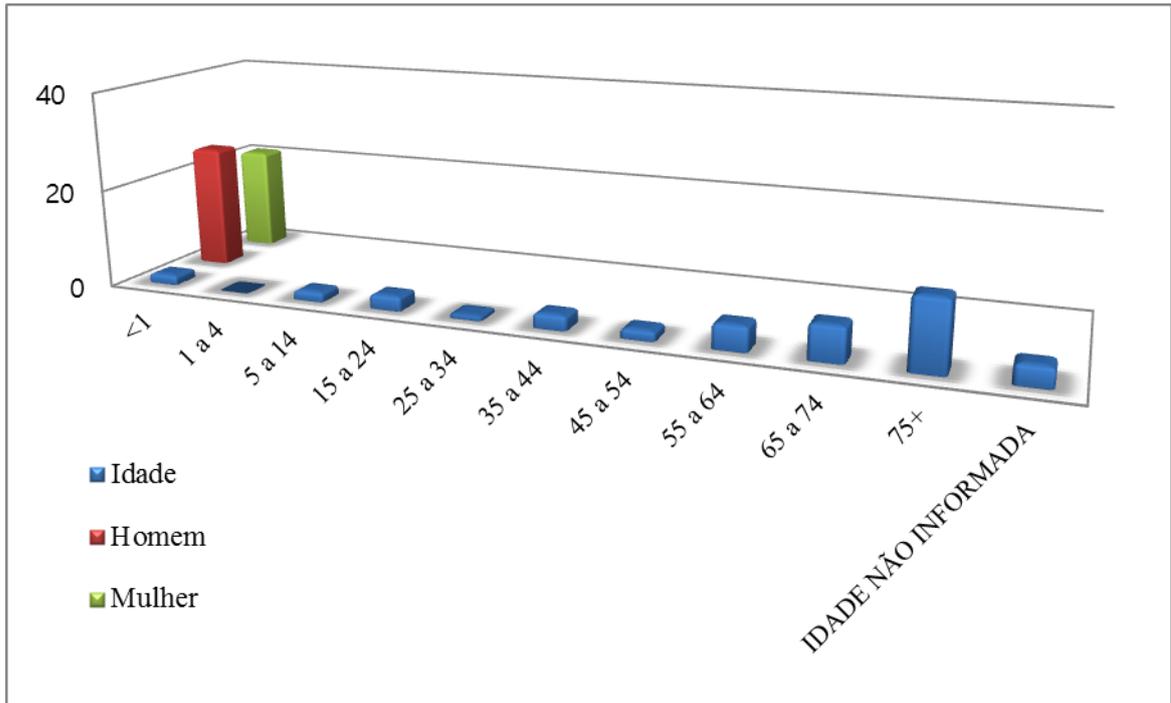
De uma forma geral, foram identificadas várias doenças que demandam internações, conforme visualizado na Figura 10.



**Figura 10 - Classificação das doenças que demandam Internação por processos judiciais da Comarca de Campos/RJ.**

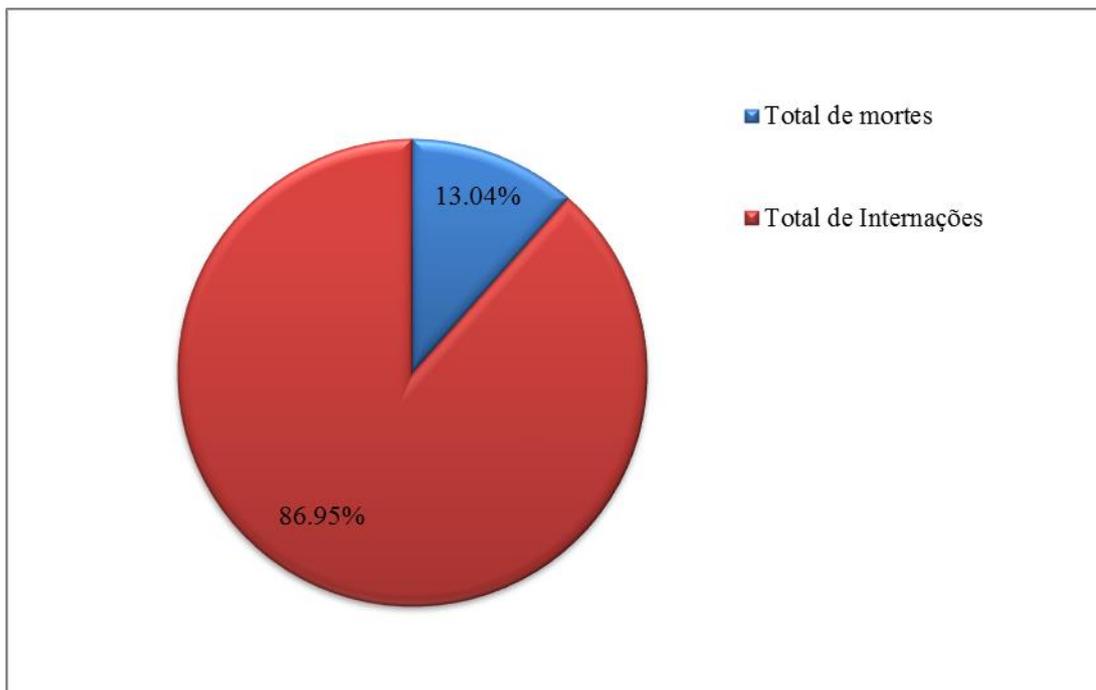
A Figura 10 mostra que as doenças mais frequentes no período analisado foram: pneumonia (14%), seguida pelo infarto do miocárdio (8%), insuficiência renal crônica (7%), acidente vascular cerebral (AVC) (6%), hipertensão (4%), diabetes (4%), sepse pulmonar (3%), choque séptico pulmonar (3%). São Doenças Sensíveis à Atenção Primária a Pneumonia, o AVC, a Hipertensão e o Diabetes.

Outro critério considerado foi o gênero e idade, sendo possível constatar que a maior parte dos demandantes são homens e com idade avançada, conforme ilustra a Figura 11.



**Figura 11 - Razão das demandas judiciais de Internação da Comarca de Campos/RJ por idade e sexo.**

Constatou-se ainda que, durante o trâmite dos processos, 13,04% dos demandantes vão a óbito aguardando por uma vaga a fim de obterem a resolução da necessidade comprovada, como demonstra a Figura 12.



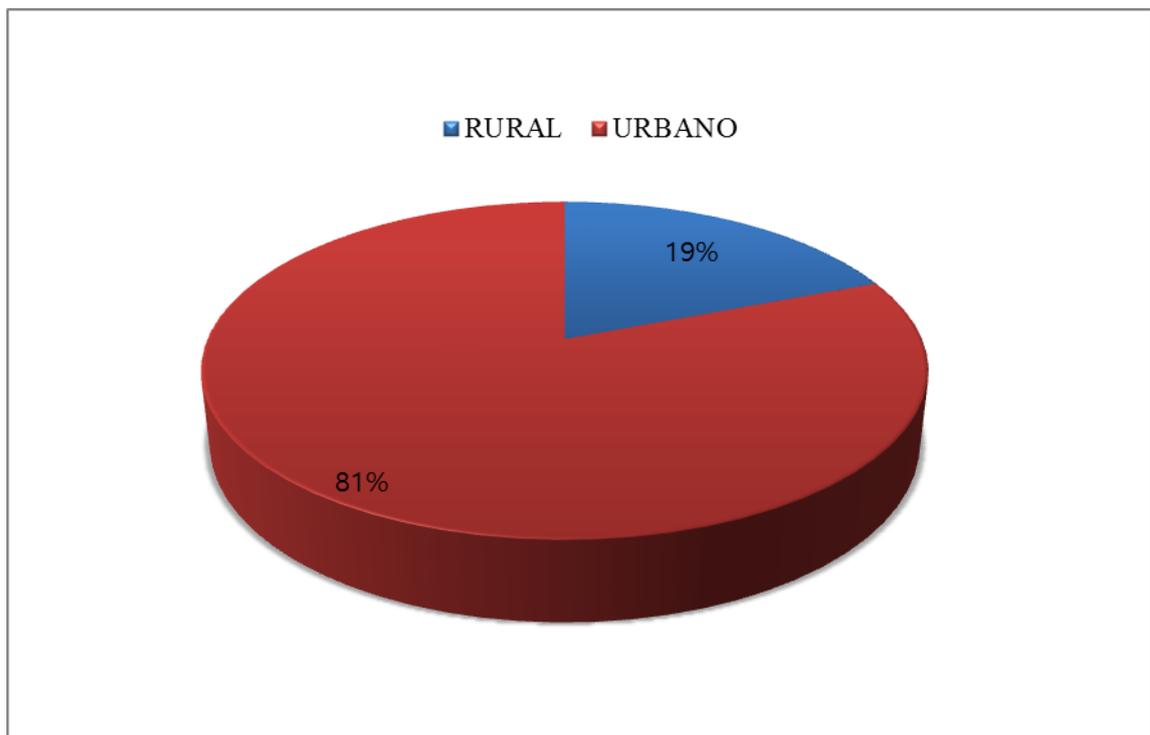
**Figura 12 - Taxa de óbitos durante o trâmite dos processos analisados no período de Janeiro a Junho de 2016 na Comarca de Campos dos Goytacazes/RJ.**

No que concerne à questão relativa ao local de residência dos demandantes, este dado torna-se um indicador interessante para compreender a busca por acesso ao direito à saúde, pela via judicial, na medida em que ao realizar uma avaliação do contexto sócio-demográfico da população e as formas de acesso aos serviços, pode-se constatar deficiências das ações que aparecem como entraves frente a tentativa de acesso à atenção especializada, entre outras situações em que as ISCSAP também estão condicionadas.

Assim, como afirma Alfradique et al. (2009, p. 1346),

Existem várias características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sócio-demográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial.

Diante disso, na Figura 13, constatou-se que a zona urbana foi a que mais demandou processos relativos às Internações no período analisado, com a taxa de 81%.



**Figura 13 - Proporção das demandas judiciais de saúde na Comarca de Campos/RJ por localidade de residência.**

Portanto, considerando que o espaço urbano como um ambiente que possui maiores recursos e infraestrutura, logo, a ocorrência de uma grande demanda neste espaço pode evidenciar ausência de oferta de serviços, dificuldade por parte da gestão em gerenciar os

recursos, entre outras barreiras. Por outro lado, deve-se atentar para o fato de que o espaço rural é o lugar onde as informações sobre cidadania e direitos podem ter pouca circulação, e ainda, quando ocorridas, podem não serem propagadas de forma clara.

#### **4.5 Análises a cerca das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária como demanda judicial e seu significado na busca pelo direito do acesso à Saúde**

Como já salientado, as mudanças que a Política de Saúde do Brasil sofreu nos últimos vinte anos propiciaram uma maior intervenção e participação das instâncias subnacionais e dos diferentes atores no processo decisório. Com isso, o PSF tornou-se parte da reestruturação do SUS, seja como estratégia para organização da APS (ESF), seja pelas suas características de descentralização e participação.

Com a PNAB, os municípios ampliaram sua liberdade frente às ações da ABS. Logo, somaram-se a esse processo inúmeros programas, políticas e ações. Desde então, uma nova dinâmica descentralizadora começou a surgir e uma nova realidade passou a ganhar vida. Além da ESF, a APS no Brasil foi adquirindo forças para atingir seu principal objetivo que é se tornar a principal porta de entrada do SUS, bem como o centro de inter-relação com toda a Rede de Atenção à Saúde (MELLO, 2011).

Assim, apresentado este cenário, vimos também que o Estado do Rio de Janeiro, nos últimos 12 anos, contou com um tímido desenvolvimento do SUS. As duas gestões analisadas organizaram-se de forma diferenciada. Os perfis dos gestores variaram de acordo com os governos, o que contribuiu para as divergências.

Portanto, as dificuldades na implementação das ações de saúde enquadram-se na modalidade de exercício político e eleitorais que os partidos e lideranças políticas do estado/município desenvolvem, bem como diante da relação entre a atividade governamental e a sociedade (GERSCHMAN, 2010).

Neste contexto, o usuário do SUS tem encontrado dificuldades no atendimento às suas necessidades sob as justificativas de ausências de vagas, insuficiência de equipamentos e carência de medicamentos.

Por meio da pesquisa apresentada neste trabalho foi possível observar que a busca por Internações em UTI/CTI via processo judicial torna-se um agravante na medida em que esta demanda não foi efetivada por meio das vias tradicionais - frente ao Poder Executivo.

Na ausência de vagas em leitos referenciados pelo SUS – o sistema de saúde conta com uma central de vagas -, o município, na tentativa de cumprir o despacho do Juiz, segue as orientações judiciais para promover a internação em leitos particulares.

No entanto, por mais que o Juiz determine a execução em curto prazo devido à gravidade do quadro em que se encontra o paciente, todo esse percurso gera tempo de espera da execução da ação. Diante disso, por meio do estudo em tela notou-se que a execução dos processos demora horas, dias e até meses, tempo este precioso para quem aguarda por tratamento grave, pois toda essa espera pode contribuir para agravamento progressivo do quadro clínico do paciente, e ainda levá-lo a óbito, como foi possível constatar.

A grande demanda judicial por Internações torna-se um grave problema devido não só o fato de ocorrer o falecimento durante o trâmite dos processos, como exposto em linhas anteriores, como também o diagnóstico das doenças que levam a necessidade de internação.

As doenças, de modo geral, são classificadas, conforme ensina Mendes (2011), como Doenças Agudas e Doenças Crônicas, as quais são caracterizadas da seguinte maneira: a primeira pela evolução, diagnóstico e resolução/cura rápida; já a segunda tanto o surgimento quanto o diagnóstico se dão de forma mais lenta, e quase sempre a cura não é obtida.

As Doenças Crônicas também possuem características de Doenças Agudas quando estão no seu momento de crise. Já as Doenças Agudas são sempre passageiras, como exemplo: a gripe, a dengue, etc. No entanto, algumas Doenças Crônicas advêm de quadros prolongados de Doenças Agudas, visto que quando não recebem um diagnóstico preciso, rápido, ou ainda um tratamento adequado, evoluem para um quadro crônico. Ao evoluírem, por vezes, há a necessidade que seja realizada uma intervenção mais incisiva por meio de internação, e, conforme o agravamento do quadro, encaminha-se para UTI. Logo, as internações em que emergem de DCSAP são chamadas de ICSAP.

Ao longo da pesquisa, verificou-se que as altas taxas de ICSAP em uma população indicam sérios problemas, como o acesso ao sistema de saúde no primeiro nível de atenção, o desempenho de seus serviços, entre outros (ALFRADIQUE et al, 2009).

No caso específico do município de Campos, constatou-se que segue a tendência nacional com queda das taxas de ICSAP. Todavia, sabe-se que o referido município sofreu, no período de 2008 a 2014, a interrupção do PSF, porém essa ausência não interferiu no declínio das taxas de ICSAP. Isso ocorre porque a APS, apesar da carência do PSF, continuou sendo ofertada no município por meio de ações compensatórias que foram desenvolvidas mediante instalação de políticas substitutivas como, já salientado em linhas anteriores por Silva (2012).

Portanto, há de convir que embora haja declínio como tendência nacional, as ICSAP ainda aparecem em meio a altas taxas, o que indica haver um déficit frente à APS, visto que esta desenvolve serviços de fortalecimento as ações gerais do SUS, e sendo bem executadas contribuem para a diminuição das taxas de ICSAP, conforme já demonstrado por estudos citados.

Ressalta-se ainda que, frente à situação identificada, são gerados gastos que poderiam ser evitados no que concerne às ações de alta complexidade, pois, se as internações são sensíveis às ações do primeiro nível de atenção à saúde, entende-se que muitas delas poderiam ser evitadas se recebessem ações efetivas da APS, contribuindo assim, para a amortização do índice de ICSAP.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As marcas deixadas pelas últimas décadas foram caracterizadas pela implementação de reformas no SUS, com distintas propostas na forma de organização dos serviços, na alocação dos recursos, no modelo de prestação dos serviços, entre outras. Tudo isso se apresentou como respostas à “crise na saúde”, na medida em que a transição epidemiológica em curso e a alta incorporação de tecnologia motivaram gastos crescentes, o que não surgiu acompanhado de melhoria das condições de saúde da população (VIANA ALDA, 1998).

Ao longo deste estudo foi possível observar que os serviços de saúde proporcionam um conjunto de determinantes, dentre os quais a necessidade de saúde ou existência de um problema que impulsiona o indivíduo a buscá-lo por meio do Poder Judicial. A percepção desses problemas ou necessidades se altera conforme alguns fatores, que são responsáveis pelo papel decisivo na concretização da demanda por serviços de saúde. Esses fatores incluem a idade, o gênero, a etnia e a condição socioeconômica. Ao surgirem as demandas, a utilização dos serviços vai se realizando conforme a disponibilidade de serviços e recursos humanos, facilidade de acesso, das formas de financiamento e remuneração dos prestadores (BARATA, 2009).

No que se refere ao acesso e à qualidade das ações do sistema de saúde brasileiro, verificou-se que surgem questões frente aos limites e distorções dos modelos de atenção vigentes, os quais, segundo Paim (2009), guardam íntimas relações com problemas de distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde - especialmente o número de estabelecimentos e de trabalhadores de saúde -, bem como problemas no financiamento, organização e gestão do SUS, revelando o aspecto desumano dispensado pelo poder público aos cidadãos e consumidores de serviços.

Ressaltou-se ainda que o SUS e as ações que o fortalecem têm sofrido grande vulnerabilidade face às mudanças de governo, gestores e partidos, devido à prática de gestão que reforça o clientelismo político, alta rotatividade das equipes e engessamento burocrático e que exigem, portanto, alternativas para proteger o SUS dos interesses e das manobras política no âmbito da saúde. Segundo Paim (2009, p. 100), “garantir o caráter público do SUS, mas sem confundi-lo com o Estado, governos e partidos, é fundamental para evitar intercorrências desastrosas e descontinuidade administrativa”.

Dessa forma, quanto maiores os problemas, maior será a organização deficiente entre a APS e os serviços de média e alta complexidade. Ao longo da presente pesquisa foi possível identificar que a baixa efetividade alcançada pela APS leva a uma sobrecarga nos demais níveis e gera tensão entre eles, gerando mecanismos de seletividade e iniquidade. Tal situação provoca insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e ainda a Judicialização da Saúde, cenário em que o Ministério Público e o Judiciário se tornam os principais parceiros da população usuária do SUS na busca por efetivação dos direitos à saúde.

A gravidade deste contexto impera sobre a negação dos direitos ao estado de saúde. Ora, se a exclusão e as desigualdades sociais em si já produzem mortes, doenças, acidentes, violências, entre outros riscos, os eventuais entraves da política de saúde reforçam a subversão do direito à saúde.

Portanto, a luta pelo direito à saúde segue, necessariamente, na direção da reorientação das políticas públicas econômicas e sociais capazes de promoverem a redução das desigualdades, a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia.

Em suma, há de convir que a sociedade brasileira ainda encontra-se a conquistar o Estado de Direito e a Democracia, que são as formas políticas mais condizentes para a luta, a conquista e a garantia de direitos (PAIM, 2009).

Diante deste panorama, ressalta-se a importância das instituições Jurídicas e os canais de participação como as conferências de saúde e os conselhos como forma de evitar o retrocesso dos direitos de acesso à área em destaque. Estes entes de apoio são, segundo Paim (2009, p. 114),

[...] a demonstração de a gestão participativa pode ser exercida nos espaços democráticos abertos pelo movimento sanitário, apesar das misérias produzidas por uma sociedade vergonhosamente iníqua e por políticas econômicas que concentram a renda e atacam contra o direito ao trabalho.

Diante desse cenário, a investigação sobre a efetividade dos serviços de saúde assume grande valor a fim de orientar as políticas públicas e buscar a melhoria do desempenho dos benefícios ofertados à população. Portanto, o desenvolvimento de indicadores de saúde pode servir de base para a análise do sistema de saúde e sua organização, são imprescindíveis. Tais indicadores possibilitam a identificação dos problemas de saúde de uma região, bem como a avaliação de tendências ao longo do tempo e das possíveis diferenças de oferta de serviços entre áreas ou subgrupos populacionais, identificando iniquidades.

Portanto, a utilização de ferramentas como o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é especialmente importante para avaliação de sistemas

de saúde universais como o caso do Brasil. Este indicador é usado em vários países para avaliar a efetividade de serviços primários, como já citado em linhas anteriores, e considerando as evidências de que a estratégia de Atenção Primária brasileira tem obtido, mesmo que de forma tímida, resultados positivos frente à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, à oferta de ações de saúde, ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil, como salientado anteriormente por Melo (2002), estas avaliações podem ser de suma importância para a descoberta de lacunas nos serviços de saúde. Ou seja, por meio de indicadores sintéticos como o de ICSAP é possível identificar falhas, abrindo o campo de visão rumo ao aperfeiçoamento das ações de saúde ao identificar fragilidades que impedem um bom funcionamento da atenção à saúde.

Na tentativa de minimizar falhas e desperdícios frente aos serviços de saúde, os recursos do SUS são fiscalizados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), dos estados (TCE) e municípios (TCM), Controladoria Geral da União (CGU), poder legislativo, auditorias e outros órgãos de controle interno do executivo. O sistema de saúde brasileiro conta ainda com o arcabouço legislativo da lei 8.142/90 que assegura o controle financeiro e dos conselhos de saúde – os quais, em caso de falhas, podem não aprovar os relatórios de gestão apresentados pelos secretários de saúde, e com isso os gestores ficam impedidos de receber repasse de recursos dos programas de saúde. Somado a isso, há ainda o rigor da vigilância das instituições jurídicas que atua com o intuito de coibir os abusos na utilização serviços de saúde por meio das demandas de Judicialização da Saúde.

Todavia, apesar de o Brasil obter instituições de controle, avaliação, planejamento e gestão, o uso político-partidário dos serviços de saúde dos SUS para a reprodução do clientelismo compromete a eficiência e a continuidade administrativa, como foi possível observar frente à análise das gestões apresentados no início deste trabalho.

Observou-se que a região de análise da presente pesquisa seguiu um modelo, nos últimos anos, que contou com números excessivos de cargos de confiança para o preenchimento de postos de direcionamento e assessoramento, além da falta de profissionalização da gestão e a ausência de carreiras para servidores do SUS, prática esta que prejudica a gestão.

Dessa forma verificou-se que mesmo o Brasil detendo um leque de mecanismos de controle no âmbito do SUS, torna-se relevante, além do combate à corrupção e ao desperdício, assegurar o uso racional dos recursos da saúde, a fim de garantir maior eficiência e efetividade quanto aos serviços da área em destaque. Portanto, aqui entra a questão da gestão.

Ressalta-se ainda que, mesmo que de forma tímida, a prestação dos serviços públicos de saúde avançou muito desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os avanços foram não só do ponto de vista legal e normativo, como também referentes às políticas de descentralização e democratização da saúde. Mesmo que o Brasil não tenha conseguido atender a todas as necessidades de saúde dos indivíduos, importante elemento para cumprir o princípio de integralidade do sistema de saúde, “o SUS já representa um patrimônio nacional apesar das dificuldades”, afirma Paim (2009, p. 116).

Há que se destacar ainda que, o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes em que há previsão de um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito a toda a população, o que representa um imenso desafio.

Entretanto, apesar dos avanços há muito que caminhar, de modo a alcançar a universalização real, a redução das desigualdades, a qualidade e a efetividade na atenção à saúde. A cada momento surgem novas ameaças contra aquilo que já foi conquistado. Ainda que o governo se declare favorável ao fortalecimento do SUS, ele mesmo pratica, em contrapartida, contingenciamento de recursos, cortes orçamentários e manipulações financeiras que prejudicam a sua expansão, dificultando o direito aos serviços de saúde.

Portanto, diante dessas ameaças contra o direito à saúde, ter consciência sanitária significa lutar para exercer, garantir e usufruir deste direito. Assim, como ensina Paim (2009, p. 122) “o direito à saúde não é um direito natural que se alcança ao nascer. Não é uma dádiva de qualquer governo. É historicamente construído e conquistado mediante lutas sociais”.

Por isso, a presente pesquisa, ao utilizar o indicador das ICSAP para avaliar a efetividade da APS no município de Campos/RJ sugere uma reflexão de modo a compreender os determinantes sociais da saúde e defender políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos, tal como estabelece a Constituição de 1988 quando cita o acesso igualitário e universal das ações e dos serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em síntese, a pesquisa da Política de Saúde e do sistema de saúde do município de Campos/RJ constatou que a grande busca por Internações em UTI/CTI, via processo judicial, é preocupante, ao considerar que quase a metade das Internações via Judicialização corresponde a DSCAP e o tempo longo de espera da execução da ação contribui para o agravamento progressivo do quadro clínico do paciente, com 13,4% de óbitos.

Faz necessário salientar ainda que, embora haja declínio como tendência nacional, as ICSAP ainda aparecem em meio a altas taxas, o que evidencia o déficit frente à APS, visto

que esta desenvolve serviços de fortalecimento as ações gerais do SUS, e sendo bem executadas contribuem para a diminuição das taxas de ICSAP e dos gastos que poderiam ser evitados no que concerne às ações de média e alta complexidade.

Portanto, ao longo do presente trabalho foi possível identificar que a baixa efetividade alcançada pela APS leva uma sobrecarga nos demais níveis da rede de assistência à saúde, gerando mecanismos de seletividade e iniquidade. Tal situação provoca insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e ainda a Judicialização da Saúde, cenário em que o Ministério Público e o Judiciário se tornam os principais parceiros da população usuária do SUS na busca por efetivação do direito à saúde. Outra consequência de uma APS frágil é que quanto mais deficitária ela for, maiores serão os reflexos negativos sobre os níveis de alta e média complexidade do sistema de saúde.

Contudo, o presente trabalho, ao realizar a análise da Política de Saúde e do sistema de Saúde de Campos/RJ, segue como uma proposta de orientar a Política Saúde no município.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira e colaboradores. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)**. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ALVES, M. M. **A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes. Campos dos Goytacazes, 2013**. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, UENF.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; Santos, Adriano Maia dos; JESUS, Washington Luiz Abreu; PEREIRA, Maria José Bistafa. In: **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judicial/** Ana Carla Bliacheriene, José Sebastião dos Santos, organizadores. São Paulo: Atlas, 2010. BELO HORIZONTE MARÇO 2012.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 120p.

BARROSO, Luis Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. s/a, 1-29 p. Disponível em: [http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso\\_para\\_Selecao.pdf](http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf). Acessado em 22-04-2017.

BEHRING, E. R. **Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil**. In Serviço Social: direitos e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ABESS, 2009. 760 p).

BILLINGS J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City**. Health Aff (Millwood) 1993; 12:162-73.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf). Acesso em 29/08/2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II DA SAÚDE**. Art. 196. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acessado em: 18-08-16.

BRASIL. **Decreto n. 7.508**, de 28 de julho de 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

\_\_\_\_\_. LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL. LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000. **Dispõe de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências**. Brasília, 4 de maio de 2000; 179o da Independência e 112o da República. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acessado em 20-08-16.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em 18/08/2016.

\_\_\_\_\_. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Agravo Regimental nº 47. AgRg. do Recurso Especial 1136549/RS 2009/0076691-2.** Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14602763/agravo-regimental-no-recurso-especial-agrg-no-resp-1136549-rs-2009-0076691-2/inteiro-teor-14602764> Acessado em 03-08-16

CAMINAL J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. **The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions.** Eur J Public Health 2004; 14:246-51.

CASTRO, José Augusto Dias de. **A questão do direito fundamental à saúde sob a ótica da análise econômica do direito.** Revista do Direito Público da Economia – RDPE, nº 21, 2008 (edição da biblioteca digital da editora Fórum).

CASTRO, Marcos Faro. **O Supremo Tribunal Federal e a judicialização da política.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo n.34, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/77307-defensoria-publica-e-ministerio-publico-o-que-faz-cada-um>. Acessado: 10-08-16.

DAVID, Grazielle; ANDRELINO, Alane; BEGHIN, Nathalie. **Direito a medicamentos avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do sistema único de saúde entre 2008 e 2015.** 1ª Ed. Inesc. Brasília/DF, 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Dispõe Indicadores de Morbidade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d29.def>>. Acessado em 04-02-17.

GARAPON, Antoine. **O guardador de promessas: justiça e democracia.** Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

GERSCHMAN, Silvia. **Formulação e implementação de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.** In: **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro**/Organizado por Maria Alicia D. Ugá ... [et al.] – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. 380 p. Il., tab., Graf.

GERSCHMAN, Silvia. **Política e Gestão da Saúde no Governo do Estado do Rio de Janeiro.** In: **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro.** Organizado por Silvia Gerschman e Angela Moulin S. Penalva Santos. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2016.

GIOVANELLA, Lígia; Mendonça, Maria H. Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde. in: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2. Ed. ver. E amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sara Escorel, Lenaura de Vasconcelos C. Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p.

**ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica.** Disponível em:

<<http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>>. Acessado em: 05-02-17.

INFOROYALTIES. **Boletim Petróleo, Royalties e Região**. (2014) Disponível em <<http://inforoyalties.u-cam-campos.br>> Acesso em 05 abril de 2016.

KRELL, Andreas. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**, Porto Alegre: Fabris, 2002.

LEITÃO, Rômulo Guilherme. **“Judicialização da política” e governabilidade democrática no âmbito do poder local**. Dissertação de mestrado em Direito na Universidade de Fortaleza/CE, 2008.

LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo**. São Paulo: Martins Fonte, 1998.

LYRA, Diogo. **Consequências da extinção da estratégia saúde da família para oferta de assistência fisioterapêutica e de algumas especialidades médicas no município de Campos dos Goytacazes, RJ** / Diogo de Almeida Lyra – Rio de Janeiro, 2011.

MACINKO J, Guanais F, Souza F. **An evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002**. J Epidemiol Community Health 2006; 60:13-9.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e análise e interpretação de dados**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARRARA, Thiago; Nunes, Lydia Neves Bastos Telles. **Reflexões sobre o controle das políticas de saúde e de medicamentos**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos. (Org.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, Luciana. **A Saúde da Família completa 20 anos e os parabéns são para você, trabalhador da saúde!** in: Revista Brasileira Saúde da Família / Ministério da Saúde – Ano 1, n. 1 (set. / dez. 2012). – Brasília : Ministério da Saúde. Quadrimestral. Ano 1, n. 1, 2012.

MELLO, Alessandra. **Ações na Justiça para a compra de medicamentos crescem de R\$ 103 milhões anuais para R\$ 1,1 bilhão. Supremo vai julgar, em 2017, um processo com repercussão geral para estabelecer regras da judicialização da Saúde: Efeitos colaterais. Correio Brasiliense**. Brasília, 23 de Dezembro de 2016. Disponível em: [http://C:/Users/WINDOWS/Downloads/AXX05-2612%20\(1\).pdf](http://C:/Users/WINDOWS/Downloads/AXX05-2612%20(1).pdf). Acessado em 01-03-17.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: II

\_\_\_\_\_. **A construção social da Atenção Primária À Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. Entrevista - **O SUS e a Atenção Primária à Saúde**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. **O ESPÍRITO das leis: as formas de governo: a divisão dos poderes**. São Paulo: Saraiva, 1987.

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13440](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440)>. Acesso em 12 agosto de 2016.

MOVIMENTO REGIONAL POR LA TIERRA, 2017. Disponível em : <http://www.porlatierra.org/casos/82/georeferencial>. Acessado em: 08-05-17.

NESCON (Núcleo De Educação Em Saúde Coletiva-Nescon). **Avaliação do Impacto das Ações do Programa de Saúde da Família na Redução das Internações Hospitalares Por Condições Sensíveis À Atenção Básica Em Adultos E Idosos**. Relatório Final de Pesquisa.

OLIVEIRA, Maria Carolina. **Política de saúde do município de campos dos goytacazes: uma análise do plano anual de saúde a partir do conselho gestor de política pública**. Anais do XVI ENANPUR, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Atención primaria de Salud. Informe conjunto Del Director General de la Organización Mundial de la Salud e Del Director Ejecutivo Del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ama-Ata (URSS), 6 sept. 1978.

PAIM, JS. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 148 p.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica** / Jairnilson Silva Paim. – Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PIERRO, Bruno de. **Demandas crescentes. Parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno**. Revista Pesquisa FAPESP. Fev. 2016. Disponível em: [http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2017/02/018-025\\_Judicializacao\\_252\\_NOVO.pdf?4aecbb](http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2017/02/018-025_Judicializacao_252_NOVO.pdf?4aecbb). Acessado em 01-03-17.

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Gabinete da Presidência GABPRES/DEPRE LEI Nº 6956. **Dispõe sobre a organização e divisão judiciárias do estado do rio de janeiro e dá outras providências**. Janeiro de 2015.

REY, Luis. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REZENDE, Nanci Figueirôa. **A amplitude da expressão saúde no marco normativo brasileiro**. In: **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judicial/** Ana Carla Bliacheriene, José Sebastião dos Santos, organizadores. São Paulo: Atlas, 2010.

RIBEIRO, Leandro Molhano. **Poder Judiciário e Políticas Públicas**. Ed. Equipe Técnica de Avaliação, Revisão Linguística e Editoração. Brasília/DF. s/d.

SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/RJ. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?taxas/taxasicsab.def>>. Acessado em: 05-02-17.

\_\_\_\_\_. **Indicadores de Morbidade Hospitalar – Taxas de Internação por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)**. Nota Técnica. Disponível em: <[http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/taxas/taxas\\_ICSAB.pdf](http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/taxas/taxas_ICSAB.pdf)>. Acessado em: 05-02-17.

SILVA, A. T. M. F. **A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso a atenção básica (2007-2011)**. Campos dos Goytacazes, 2012. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, UENF.

SILVA, Liliane Coelho da. **Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13182&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9)>. Acesso em 12 de agosto 2016.

SILVA, V. L. M.; ALVES, M. M. **Judicialização e Gestão Pública: uma análise a partir da assistência farmacêutica**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde: Belo Horizonte, 2013.

SILVA, Vera Lucia Marques da. **Política social de atenção básica de saúde: o caso do programa saúde da família no município de Campos dos Goytacazes (1999-2001)**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro de Ciências do Homem (CCH), da Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF, como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Políticas Sociais”. 2001, 235p.

STARFIELD, Barbara **Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** /Barbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VIANA ALDA, Dal Poz MR. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 1998;8:11-48.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

# ANEXO

**ADVERTÊNCIA**

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Atenção à Saúde**

**PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ CARVALHO DE NORONHA**

**SECRETÁRIO**

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86

2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42

8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0

16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**