


O projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de casoⁱ

Project Building the SUS with the Public Defense Office of the State of Rio de Janeiro: A Case Study


Isabela Tavares Amaral¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4043-6020>

Felipe Dutra Asensi²

 <https://orcid.org/0000-0002-7522-7926>

Laisa Naiara Euzébio Sá³

 <https://orcid.org/0000-0002-4806-4121>

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Instituto de Enfermagem do Centro Multidisciplinar. Macaé/RJ, Brasil

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro/RJ, Brasil

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro. Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Correspondência:

Isabela Tavares Amaral
isabela.t.amaral@gmail.com

Recebido em: 03/08/2023.

Revisado: 26/11/2023.

Aprovado: 14/02/2024.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores: Os autores são responsáveis por todo o desenvolvimento do artigo.

Copyright: Esta licença permite compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato; adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.



RESUMO

A judicialização da saúde é um fenômeno que vem ganhando destaque no âmbito nacional e trazendo impactos das mais diversas ordens para o Poder Executivo. Tendo em vista a importância do diálogo institucional para a mitigação dos efeitos desse fenômeno, o objetivo principal do presente artigo foi descrever a operacionalização do arranjo institucional proposto pelo projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, discutindo-o em municípios metropolitanos do estado. Trata-se de parte de um estudo de caso único integrado do tipo explicativo. Os dados apresentados neste artigo foram coletados por meio de entrevistas e pesquisa documental. A técnica de tratamento dos dados selecionada foi a construção da explicação. A percepção gerada por meio da experiência apresentada foi a de que a união da instituição jurídica com o poder público municipal, em um mesmo ambiente de trabalho, e a (co)responsabilização pelas demandas em saúde da população criaram em alguns casos e fortaleceram em outros uma atmosfera muito mais propícia ao diálogo institucional, na busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde. São caminhos em que a via judicial não é uma possibilidade negada e a via administrativa não é uma opção negligenciada, sendo ambas consideradas no atendimento às demandas dos usuários.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Judicialização da Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The judicialization of the health system is a phenomenon that has been gaining prominence at the national level and impacting the Executive Power in many ways. Taking into consideration the importance of the institutional dialogue to mitigate the effects of this phenomenon, the main aim of this paper was to describe the operationalization of the institutional arrangement proposed by the project “Building the SUS with the Public Defense Office of the State of Rio de Janeiro”, discussing it in municipalities of metropolitan areas of the state. This is part of an integrated single case study of the explanatory type. The data presented in this paper was collected from interviews and documentary research. The data analysis technique chosen was explanation building. The perception created by the experience showed that uniting a legal institution with the municipal public power, in the same work environment, and the (co-)responsibility for the health demands of the population, created in some cases and strengthened in others an atmosphere much more conducive to institutional dialogue, in the search for ways to resolve health demands. In such paths the judicial route is not a possibility denied, and the administrative route is not an option neglected, both being considered in meeting the users’ demands.

Keywords: Right to Health; Judicialization of Health; Health Management; Brazilian Public Health System.

Introdução

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista histórica para o povo brasileiro, consolidando-se como símbolo da universalização do direito à saúde no país. Entretanto, apesar dos avanços ao longo da história, ainda persiste grande descompasso entre as diretrizes e os princípios do SUS e a sua aplicabilidade prática, com grandes entraves em áreas específicas que geram alguns “nós” quanto à sua operacionalização. Dentre eles, a judicialização da saúde vem ganhando destaque no âmbito nacional e trazendo impactos das mais diversas ordens (administrativos, políticos, econômicos ou sociais) para o Poder Executivo (CNJ, 2021; CNJ, 2019).

Destaca-se que o fenômeno da judicialização da saúde tem trazido à tona diversos “nós” que os mais de 30 anos de maturação do SUS ainda não deram conta de desatar. Até porque alguns foram formados ao longo desse caminho. Esses “nós” denotam fragilidades estruturais importantes que põem em xeque sua legitimidade perante a sociedade, por exemplo, o crônico subfinanciamento do SUS, a regionalização incipiente em diversos locais do Brasil e a falta de celeridade no provimento de alguns serviços (Paim, 2018; Lima *et al.*, 2012).

A judicialização da saúde pode ser entendida como “o fenômeno crescente dos números de demandantes que pleiteiam questões relativas à saúde junto ao Judiciário” (CNJ, 2021, p. 13). Em uma concepção mais ampla, o fenômeno da judicialização expressa uma disputa estrutural por recursos escassos de uma sociedade complexa, na determinação do que é prioritário e de quem deve ser o foco das prioridades (CNJ, 2019).

Tomando por base Jairmilson Paim (2018, p. 1727), quando em uma discussão acerca dos 30 anos de SUS questiona “que estratégias e táticas podem ser acionadas para viabilizar a consolidação do SUS?”, empreende-se que a investigação de experiências que fomentam diálogos institucionais – como a que será abordada no presente artigo – pode se constituir em uma estratégia potente para fortalecer a consolidação do sistema e a efetivação do direito à saúde no país.

Nessa perspectiva, Asensi e Pinheiro (2015, p. 46) afirmam que “a efetivação da saúde pode passar também pela incorporação das instituições jurídicas no cotidiano da gestão”. Essa premissa rompe com a ideia de contraposição entre essas partes tão essenciais para a efetivação do direito à saúde. Do contrário, as instâncias jurídicas acabam absorvendo continuamente demandas individuais e emitindo decisões, sem necessariamente terem acesso ao conhecimento sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como das suas fragilidades.

Os diálogos institucionais têm sido, nesse sentido, um caminho apontado como um meio eficaz para melhoria da articulação entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário, para o alcance de medidas mais efetivas, evitando o caminho judicial para garantia do direito à saúde (Asensi, 2010; Oliveira *et al.*, 2019).

Entende-se, então, que é na arena do cotidiano das instituições, em que, por vezes, as adequações e inadequações dos mecanismos normativos ganham forma e desdobramentos, mas também é nela onde arranjos e processos de trabalho (re)configuram novas possibilidades de manejo dos obstáculos para efetivação de políticas públicas.

Este estudo é parte do produto de uma tese de doutorado defendida em 2022 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que analisou a experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, que representa uma experiência envolvendo instituições jurídicas e políticas na viabilização da efetivação do direito à saúde.

A ideia na qual se concentram os principais esforços da experiência em si é a ampliação do acesso à Câmara de Resolução de Litígios em Saúde do Rio de Janeiro (CRLS) para apoio aos municípios do estado, além da capital. Essa câmara tem o principal objetivo

de promover o atendimento pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ) para aquelas demandas que envolvam prestação de serviço de saúde, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento clínico, cirúrgico, consultas e exame médico, evitando assim o ajuizamento de ações (Relatório CRLS, 2021).

O processo de interiorização da Câmara envolveu a criação de um arranjo institucional entre a gestão municipal e os núcleos de primeiro atendimento à DPERJ, de modo a incluir um profissional do município no processo de atendimento aos cidadãos que demandam questões na área da saúde, nesses núcleos. Esse arranjo institucional configura o objeto em estudo delimitado para construção deste artigo.

Portanto, o objetivo principal do presente estudo consistiu em descrever a operacionalização do arranjo institucional proposto pelo projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, discutindo-o em municípios metropolitanos do estado. Para isso, foram construídos os seguintes objetivos específicos: investigar as práticas dos atores envolvidos na experiência em questão e conhecer em que aspectos a experiência modificou os processos de trabalho dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ, no que tange às demandas em saúde.

Material e método

Esta pesquisa trata-se de parte de um estudo de caso único integrado do tipo explicativo. Para Yin (2015), o estudo de caso consiste em uma boa opção estratégica para investigação de fenômeno contemporâneo em profundidade e dentro do contexto do mundo real.

No Estado do Rio de Janeiro, os municípios são distribuídos em nove regiões de saúde, sendo duas delas denominadas de Regiões Metropolitanas (I e II). Para fins do presente trabalho, consideraremos Região Metropolitana do estado as delimitações da divisão das regiões de saúde denominadas de Metropolitana I e Metropolitana II. A região metropolitana do estado possui um total de 19 municípios, incluindo a capital.

Os municípios participantes da presente pesquisa foram: Belford Roxo, Nova Iguaçu, Japeri, São Gonçalo, Magé e Mesquita. Todos estes possuem mais de 100 mil habitantes, conforme listado a seguir, de acordo com estimativa do IBGE (2021): Belford Roxo - 515.239 habitantes; Nova Iguaçu - 825.388 habitantes; Japeri - 106.296 habitantes; São Gonçalo - 1.098.357 habitantes; Magé- 247.741 habitantes; e Mesquita- 177.016 habitantes. Os municípios de grande porte são aqueles cuja população seja superior a cem mil habitantes. Estes concentram a maior parte dos desafios para a redução das desigualdades na oferta de serviços de saúde e apresentam maior dificuldade no alcance de melhoria das condições de acesso a esses serviços pela população (Senna *et al.*, 2010).

Os dados apresentados neste artigo foram coletados por meio de entrevistas e pesquisa documental. A técnica utilizada para identificação dos sujeitos foi a de cadeia não probabilística em *Snowball* (também chamada amostragem em bola de neve). Tendo em vista o contexto da pandemia de covid-19, que perdurou no período de coleta de dados, o contato para viabilização das entrevistas foi realizado por meio de chamadas telefônicas, contato via aplicativo de mensagem WhatsApp, via e-mail e/ou por reuniões virtuais para explicar do que se tratava a pesquisa.

Para facilitar essa aproximação, foi possível contar com duas parcerias que se tornaram essenciais para a viabilização do contato com os participantes: o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) e a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: serem profissionais pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), atuantes no primeiro atendimento dos usuários com demandas em saúde, nas defensorias públicas dos seis municípios participantes,

ou serem gestores ou advogados públicos desses mesmos municípios que lidassem com demandas de judicialização da saúde em qualquer instância da gestão municipal; ou serem defensores e/ou outros servidores das Defensorias que atuassem nos núcleos de primeiro atendimento dos municípios selecionados; ou outros profissionais que fossem considerados importantes na implementação e/ou operacionalização atual do projeto nos municípios; e que aceitassem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou mediante consentimento verbal gravado no ato do início da entrevista após leitura do mesmo documento na íntegra.

Para melhor visualização da distribuição dos entrevistados nos municípios selecionados, foi elaborada a Figura 1 abaixo, que representa a distribuição dos participantes e o número de entrevistas correspondentes realizadas entre parênteses.

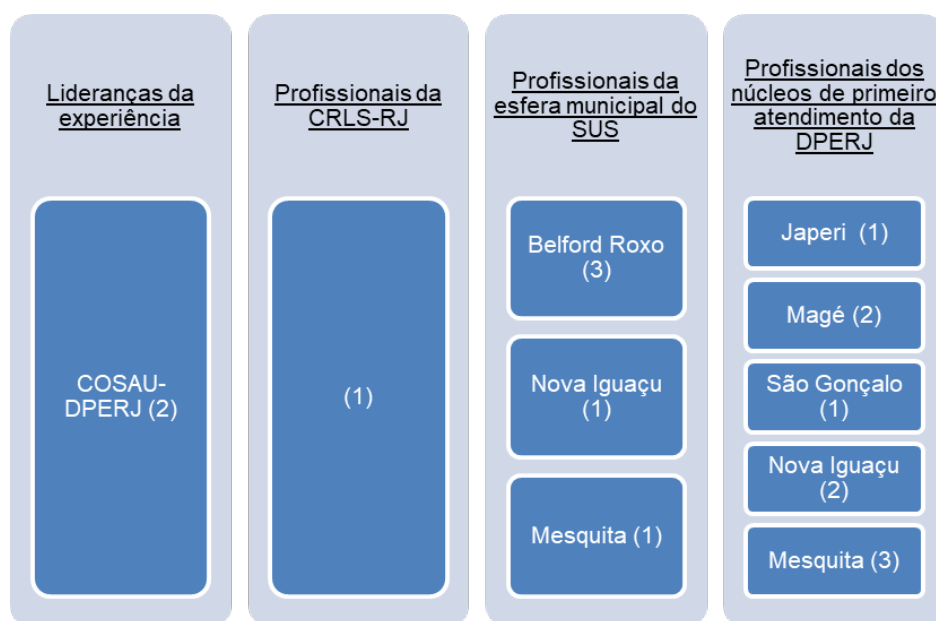


Figura 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por municípios e locais de trabalho. Elaborado pelos autores, com base nos dados da pesquisa.

Conforme observado, foi possível obter anuência de três secretarias municipais de saúde, o que permitiu a entrevista com profissionais ligados à esfera municipal, e apenas no município de Belford Roxo não foi possível entrevistar nenhum profissional do núcleo de primeiro atendimento da DPERJ.

No presente trabalho, os nomes dos participantes foram omitidos, sendo utilizada a combinação de iniciais “D” para profissionais da área do direito e “S” para profissionais da área da saúde acrescidos de números sequenciais em ordem crescente (ex. D1, D2, S1, S2). Os nomes próprios citados nas entrevistas foram da mesma forma omitidos, sendo estes substituídos por combinações aleatórias de duas letras (no caso de referências a pessoas) ou apenas uma letra (no caso dos municípios), de modo a manter o anonimato nos relatos dos participantes.

As entrevistas foram semiestruturadas abordando dimensões da percepção do entrevistado acerca do direito à saúde, da judicialização da saúde e sobre o exercício de suas funções no cargo ocupado, além de sua experiência no arranjo institucional analisado. As 17 entrevistas realizadas foram conduzidas por uma única pesquisadora e ocorreram entre os meses de agosto e novembro de 2021, em ambiente virtual por meio da plataforma virtual gratuita Google Meet, com gravação de áudio por aparelho gravador externo ao computador utilizado, para viabilizar posterior transcrição.

A pesquisa documental ocorreu entre agosto e novembro de 2021 paralelamente à realização das entrevistas, envolvendo o Convênio n. 002/2015 (celebrado para

prestação de assessoria técnica aos núcleos de primeiro atendimento das comarcas da DPERJ) e seu Termo Aditivo, um convênio celebrado com um dos municípios estudados e o relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde (CRLS INTERIOR), emitido em agosto de 2021.

A sistematização da coleta de dados seguiu conforme os quatro princípios propostos por Yin (2015) para o desenvolvimento de um estudo de caso que garanta confiabilidade: (i) o uso de várias fontes de evidência; (ii) criação de um banco de dados para o estudo de caso; (iii) manutenção do encadeamento das evidências; e (iv) o cuidado no uso de dados de fontes eletrônicas de evidência.

Vale ainda ressaltar que foi utilizado um protocolo de estudo de caso, desenvolvido pelos autores do presente artigo, com base em Yin (2015) e Toledo e Shiaishi (2009). O protocolo do estudo de caso é uma forma significativa de aumento da confiabilidade desse tipo de pesquisa e objetiva direcionar o pesquisador durante a coleta de dados (Yin, 2015).

A técnica de tratamento dos dados selecionada foi a construção da explicação, que tem como objetivo analisar os dados do estudo de caso construindo uma explicação acerca dele, ao mesmo tempo que estipula um conjunto presumido de elos causais sobre o fenômeno em questão (Yin, 2015).

A presente pesquisa compõe o projeto intitulado “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em junho de 2021, com aprovação em agosto de 2021, sob o n. CAAE: 48151521.1.0000.5260.

Resultados e discussão

Primeiramente, apresenta-se o projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, com um breve histórico de sua construção e expansão aos municípios. A segunda parte descreve a prática dos atores envolvidos na experiência e discute como se desenvolvem os processos de trabalho resultantes nos municípios estudados.

I O projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”

A CRLS nasce a partir da integração do governo do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro com a Defensoria Pública do Estado e da União, com as procuradorias gerais (estado e município), e também com o Tribunal de Justiça do Estado (TJRJ), tendo seu projeto piloto iniciado em setembro de 2013, envolvendo atendimentos que buscavam na DPERJ ou na Defensoria Pública da União (DPU) a resolução de problemas de acesso a medicamentos padronizados pelo SUS ou insumos terapêuticos para diabetes mellitus, sendo esse escopo de atendimentos ampliado em 2014 (Relatório CRLS, 2021).

No relatório acessado via pesquisa documental, o destaque para o sucesso da CRLS é atribuído principalmente à reunião em um mesmo espaço físico de todos os atores envolvidos nas demandas sanitárias, pois esse fato propiciou “a compreensão mútua das realidades institucionais e das visões distintas acerca do melhor modo de atendimento dos assistidos” (Relatório CRLS, 2021).

Já o projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” nasce, *a posteriori*, voltado a viabilizar o mesmo tipo de suporte que a CRLS prestava à capital, porém, para os municípios do interior. A ideia do projeto é concebida a partir da atuação de uma defensora no plantão Judiciário da DPERJ, no qual, buscando compreender melhor a estrutura de funcionamento da rede de atenção à saúde no estado, passa a se aproximar da Central

de regulação, de gestores ligados à esfera estadual e também de municípios, com vistas a uma atuação mais integrada. Essa integração ganha maior amplitude quando a mesma defensora assume a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva (COSAU) na DPERJ com o objetivo de fortalecer a atuação da Defensoria Pública a partir de uma política institucional com foco na saúde, priorizando as soluções extrajudiciais.

O seguinte caminho processual originou a ampliação do atendimento da CRLS para o interior:

Com o objetivo de ampliar o atendimento da CRLS para o interior do estado do Rio de Janeiro, a partir da demanda de alguns municípios solicitando o apoio do estado nas resoluções do crescente número de mandados judiciais, foi realizado o Termo de Cooperação Técnica nº 002/2015, firmado em 08 de maio de 2015 entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), e Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ). Nesse momento, foi estabelecida uma assessoria técnica que era realizada pelo NAT – Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde da SES/RJ. Posteriormente, foi celebrado o Termo Aditivo ao Convênio nº 002/2015 entre a SES/RJ e a DPE/RJ e a partir desse aditivo, a coordenação do projeto foi alterada e seus técnicos passaram a fazer parte da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS, visto que o atendimento realizado pelos técnicos visa os mesmos objetivos já propostos no modelo da CRLS. [...] A proposta da CRLS Interior é de: Especialização e personalização do atendimento do assistido (DPE) nas demandas relativas à saúde, visando a garantia do acesso de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do assistido no SUS; Acesso mais célere e resolutivo [...] (Relatório CRLS, 2021).

Essa experiência de interiorização da CRLS, viabilizada pelo projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, foi considerada, em 2017, uma estratégia com potencial de ser replicada em âmbito internacional, em países da União de Nações Sul Americanas (UNASUL), quando em discussão no “Foro Internacional acerca de los Derechos em el Acceso a Medicamentos: La Judicialización de la Salud”. O modelo foi visto com significativo interesse por países preocupados com o fenômeno da judicialização da saúde (DPERJ, 2017).

O convênio proposto aos municípios vincula a lotação de um profissional representante da SMS para atuação junto ao núcleo de primeiro atendimento do seu município. A esse arranjo institucional, que se destacou como um “braço diferencial” do projeto, deu-se o nome de Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATES).

De acordo com Souza (2018, p. 17), “[o] primeiro Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATES), análogo à CRLS, foi implantado no Município de São Gonçalo, em outubro de 2015”. O projeto funciona com objetivo e estrutura similar à CRLS, envolvendo o CATES, que abrange a equipe da Defensoria, acrescida de representante da SMS, e o estado respondendo remotamente via assessoria técnica por meio da equipe da CRLS Interior.

Essa assessoria prestada pela CRLS Interior é realizada por meio de relatórios gerados por profissionais técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES) mediante demandas encaminhadas dos núcleos da defensoria que atendem aos municípios participantes. O recebimento dessas solicitações para análise técnica é feito por um sistema de informação específico chamado de NAT. Vale ressaltar que foi constatado pelas entrevistas que, apesar do assessoramento ser realizado atualmente pela CRLS, e não mais pelo Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) desde 2016, o sistema pelo qual as demandas são enviadas dos núcleos de primeiro atendimento e por meio do qual são emitidos os relatórios da CRLS continua sendo o mesmo sistema de informação do NAT.

Em continuidade à perspectiva histórica do desenvolvimento do projeto, a partir do sucesso do CATES no município de São Gonçalo, ainda no ano de 2015, a Coordenação

de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ passou a visitar os núcleos do interior, bem como as reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR), para buscar interlocução junto aos gestores e aproximá-los dos Defensores e divulgar a ideia do apoio técnico para melhor manejo das demandas em saúde. Assim, outros municípios foram aderindo a CRLS- Interior.

A pesquisa revelou que no início da divulgação do projeto havia quem o entendesse como se ele preconizasse a “não judicialização”, no sentido de encará-la como algo a ser “combatido”, quando, na verdade, a ideia que permeava o projeto desde sua concepção demonstrou ser a qualificação dessa judicialização e não apenas sua “prevenção”, de forma generalizada. Nesse aspecto, um dos profissionais atuantes em um núcleo de primeiro atendimento da DPERJ afirmou que:

D3: O convênio na sua redação no seu contrato tem cláusula expressa dizendo ressaltando a prerrogativa da Defensoria em ingressar com ação judicial né, porque pode parecer que você tá abrindo mão de uma prerrogativa e tá se enfraquecendo como instituição. Alguns colegas podem até ter ... eu até posso ter tido essa visão no início né, de uma coisa que é vista com certa desconfiança, por isso, mas é realmente isso; você tem que separar o joio do trigo o que tá disponível vamos buscar rápido onde tem. O que não está disponível, aí sim, nós vamos buscar na justiça com toda dificuldade e demora que isso possa representar porque o meio que a gente tem para batalhar é esse.

Talvez a menção ao fato de ter que “separar o joio do trigo” possa ser remetida a uma atitude de não polarização, como a que se pode observar no antagonismo que paira nos discursos sobre a judicialização, como se, por um lado, fosse um fenômeno taxativamente nocivo ao funcionamento do SUS por meio do qual se efetiva direito à saúde. Ou, por outro lado, fosse uma bandeira a ser defendida a todo o custo como um caminho que sempre leva à garantia de acesso ao direito à saúde em todos os sentidos.

Nesse aspecto, Fleury (2012) defende que a judicialização pode ser encarada como sendo a maior aliada do SUS e que as tendências baseadas na ideia da “reserva do possível” devem ser descartadas, pois subordinam direitos sociais à lógica da acumulação financeira, tornando a democracia impossível.

É preciso encarar que há aspectos ambíguos, mas nem sempre contraditórios, quanto à judicialização, no sentido da garantia do direito à saúde. A partir da construção deste estudo de caso, foi identificado que a ideia do projeto é ampliar as possibilidades de um manejo mais eficiente desse fenômeno, e não simplesmente “combatê-lo”.

II A operacionalização do CATES

Nos municípios estudados, as SMSs dispõem de 1 a 2 de seus profissionais para atuação no CATES, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1. Quantitativo de profissionais das secretarias municipais de saúde lotados nos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro nos municípios estudados, durante o período da coleta de dados

Município	Número de profissionais
Magé	2*
Nova Iguaçu	2
Japeri	2
São Gonçalo	1
Mesquita	1
Belford Roxo	0

Nota: * Um profissional para cada núcleo de primeiro atendimento, que recebe demandas na área da saúde. Elaborado pelos autores, com base nos dados da pesquisa.

Vale ressaltar que o município de Magé possui dois núcleos de primeiro atendimento que lidam com demandas em saúde, sendo um voltado ao atendimento de duas regionais mais populosas do município e o outro voltado ao atendimento de outras quatro menos populosas. Em Nova Iguaçu, apesar de haver dois profissionais da SMS, ambos estão lotados no mesmo núcleo de atendimento e dividem funções nos processos de trabalho. Em Japeri, os dois profissionais também estão lotados no mesmo núcleo, mas se alternam nos dias da semana para atendimento. O município de Mesquita chegou a ter dois profissionais, mas durante o período de coleta de dados da presente pesquisa havia apenas um.

Já o caso de Belford Roxo, no período da coleta de dados, não havia profissionais da SMS atuando junto ao núcleo de primeiro atendimento da DPERJ, e a pesquisa mostrou um convênio “não funcionando” naquele momento. Foi revelado ainda que, no período anterior a pesquisa, o município chegou a ter dois profissionais atuantes pelo convênio.

Além de ser desejável que esse profissional indicado pela SMS tenha formação na área da saúde, o convênio de um dos municípios estudados via pesquisa documental indicou a exigência de que o município necessariamente disponibilizasse profissionais de saúde para atuar no CATES, embora não especifique o tipo de formação em saúde (área de conhecimento ou se formação técnica ou superior). Essa premissa pôde ser confirmada também por dados das entrevistas, como, por exemplo, ressalta um profissional de saúde da CRLS atuante desde o início da experiência:

S1: Mas um dos requisitos que se faz quando a gente tem essa conversa, não é que seja apenas um administrativo que fique lotado dentro da Defensoria. É um profissional e aí a gente não faz restrição, ou não determina que formação profissional ele tenha. Pode ser assistente social, pode ser um farmacêutico, pode ser um enfermeiro, pode ser um médico, enfim..., mas alguém que tenha boa relação no município porque essa pessoa, ela é fundamental para a origem das informações.

Entretanto, em outra entrevista é salientado que a formação profissional dessa pessoa indicada pela SMS naquele município não é da área da saúde, o que aponta para uma não homogeneidade dessa questão entre os municípios. Porém, nessa mesma entrevista, é indicado que isso não necessariamente configura um problema, conforme pode ser observado a seguir:

D3: E aí temos o servidor representante do município do convênio que muitas vezes não é propriamente da área da saúde como é o meu o caso. Seria desejável, mas às vezes é um profissional de outra área, né, às vezes até com o nível médio[...] a secretaria de saúde precisa enviar um representante. Mas eles têm pessoas que tem cargos administrativos também, né. Então..., mas isso não chega a ser um empecilho, porque essa servidora ela se reporta ao chefe da farmácia ao representante das clínicas especializadas, aos postos de saúde... então essa servidora, para saber da disponibilidade dos serviços, ela precisa ter uma entrada com a rede, conhecer a rede e ter acesso a essas pessoas. Então ela tem uns contatos dos funcionários da Farmácia, dos postos de saúde, do CAPS, dos centros onde são feitos os exames, da própria secretaria, setor de transporte, setor de regulação, né, que é muito importante, né, então ela se reporta a esses outros órgãos, mas, dentro da Defensoria, a única pessoa do município é a servidora e ela vai fazendo essa ponte, né?

Ou seja, mais importante do que a formação profissional dessas pessoas, é o grau de articulação que elas têm na rede municipal de atenção à saúde. Isso parece ser crucial para a obtenção de êxito no desenvolvimento do projeto nesses municípios.

Esses dados demonstram certa flexibilidade em relação ao convênio; tanto em quantitativo de profissionais indicados como em termos de formação desses profissionais destacados para atuarem junto aos núcleos de primeiro atendimento.

Sobre o modo de operação dos atendimentos nos núcleos da DPERJ, a pesquisa documental revelou um fluxo já determinado para o funcionamento nos municípios conveniados, que inicia por um atendimento realizado por “SMS/DPGE”. Ou seja, deixa-se aberta a possibilidade de o acolhimento inicial do usuário poder ser realizado pelo profissional representante da SMS ou por profissionais da própria DPERJ atuantes no núcleo.

Nesse aspecto, as entrevistas mostraram que há municípios onde o acolhimento dos usuários que buscam a DPERJ com demandas em saúde é realizado primeiramente pelos profissionais da SMS e, em outros, o primeiro acolhimento é de responsabilidade de algum membro da equipe da própria DPERJ, que aciona o profissional da SMS nos casos necessários.

Após esse acolhimento, a segunda etapa do atendimento é a análise da documentação apresentada pelo usuário. Realizada essa etapa, a demanda pode ser encaminhada para análise técnica (no caso, para CRLS Interior, via sistema de informação específico), ou pode ser resolvida no âmbito da própria DPERJ.

No caso das demandas encaminhadas à análise técnica, a equipe da CRLS Interior pode direcionar a resolução sinalizando a responsabilidade do ente federativo para que o município direcione o usuário para a rede, resolvendo o caso administrativamente, ou pode sinalizar a necessidade da própria DPERJ ajuizar a ação.

Já em resoluções no âmbito da própria DPERJ, a pesquisa mostrou que pode haver casos encaminhados diretamente à etapa de ajuizamento da ação e casos em que se segue a via da resolução administrativa diretamente. Nestes, destacam-se encaminhamentos feitos pelo profissional da SMS para a própria rede, sem precisar passar necessariamente antes pela análise técnica da CRLS Interior.

Dois desses exemplos práticos dados pelos próprios entrevistados de dois núcleos de defensoria diferentes (cujos municípios de atuação foram omitidos nos trechos de entrevistas selecionados) são destacados no Quadro 2.

Quadro 2. Exemplos de caminhos administrativos para solução das demandas apresentados pelos entrevistados na pesquisa

Fala dos entrevistados	Problema central demandado pelo assistido	Caminho possibilitado pelo estreitamento da relação da defensoria com a gestão municipal da Saúde
D13: “Muitas demandas a gente tem tido sucesso até mesmo em I, depois que houve é... essa “reconexão” com a esfera administrativa, a gente foi conseguindo. Ontem mesmo tinha um assistido que foi lá porque tinha uma consulta e estava sem o carro. O carro né, que o município fornece para o tratamento era uma consulta em S. E aí eu... é...é aí como é que faz? Aí eu entrei em contato com a assistente jurídica lá [do município]: “não fica tranquila a gente já conseguiu resolver o carro e tal”. E enfim, então tem todo esse trabalho que às vezes não aparece pela via judicial nem aparece nas ações, mas é que, muitas vezes, são inclusive mais efetivos, né, porque a tutela chega imediatamente para o assistido”.	Necessidade de transporte para uma consulta fora do município	Contato com a assistente jurídica da Secretaria municipal de saúde que providenciou o caminho necessário a obtenção do transporte, sem necessidade de ajuizamento de ação.
D12: “Uma assistida, ela queria lá um tratamento para o ex-marido dela, mas não tinha como ir ao médico para pegar o laudo. Aí eu perguntei para ela “ah, esse laudo aqui tá bom? É antigo”. E ela disse: “Não, precisa do laudo tal”. Aí eu: “Ah, mas não tem como ter um atendimento domiciliar?” Aí ela me explicou, aí eu já guardei essa informação e daí eu já passei para vários assistidos! [...] Ela também tirava dúvidas com uma funcionária lá da secretaria de saúde. Foi essa funcionária que explicou sobre o “Melhor em casa”.	Necessidade de acompanhamento domiciliar	Na comunicação com a profissional indicada pelo município para atuar na Defensoria, a servidora da Defensoria obteve informações acerca da especificidade do laudo e o caminho administrativo para inclusão do usuário no programa de atenção domiciliar existente no próprio município.

Elaborado pelos autores.

No contexto de ambos os casos, havia uma reflexão acerca do que mudou com o convênio nas tratativas para solução das demandas em saúde. A operacionalização do projeto em si possibilitou, nesses dois casos, um estreitamento de relações entre a esfera da instituição jurídica e do poder municipal, capaz de viabilizar um caminho para a solução da demanda do usuário por uma via diferente da judicialização. Isso transparece a existência de um diálogo mais otimizado com a SMS, como pode ser observado na fala a seguir:

D2: Esse projeto permite além de um fortalecimento da comunicação entre Defensoria e os demais equipamentos da rede, tanto na gestão central e os demais equipamentos, permitiu que a gente reencaminhasse esse usuário para os serviços, sem que houvesse uma judicialização prematura, porque a gente **reestabelece um diálogo do Judiciário com a gestão** (destaques nossos).

Esses achados corroboram a informação sobre o objetivo da CRLS Interior, constante no Relatório da CRLS Interior 2021, obtido mediante a pesquisa documental:

[...] promover o atendimento de partes assistidas pela DPGE que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento clínico, cirúrgico, consultas e exame médico (Relatório CRLS, 2021).

Entretanto, conforme visto, o “evitar o ajuizamento de ações” parece traduzir-se, na prática, como evitar ajuizamentos de ações desnecessárias, pois determinados casos são encaminhados diretamente para a via judicial, como apontado na seguinte fala de profissional da DPERJ atuante em um dos núcleos de primeiro atendimento:

D8: Sobre as urgências de saúde que são as transferências. Isso aí é direto comigo. Chega... não passa nem pela SM [profissional da SMS indicada para atuar pelo convênio na Defensoria], muita das vezes. Se tem um laudo lá, dizendo risco de vida, não passa nem pela SM. [...] não vou esperar NAT, não tem como. Então a gente já judicializa mesmo. Não tem jeito. Se a pessoa está na UPA e daí a família fala: a pessoa tá regulada, mas não conseguiu transferir ainda, tá na sala vermelha, a gente já entra com processo direto pedindo.

Porém, diante desses casos, é importante considerar que a judicialização não gera sempre uma solução automática para aquela demanda. Isso ficou claro também na observação dos seguintes trechos de entrevistas:

D3: O cumprimento dessas medidas concedidas é um grande calcanhar de Aquiles, porque as liminares são concedidas, mas o cumprimento delas acaba voltando a esbarrar na esfera administrativa e aí nós temos um segundo round, né, depois da concessão da liminar que é obter o cumprimento disso.

D8: Muita das vezes a gente consegue a liminar, mas não consegue cumprir a liminar.

A comparação do cumprimento das liminares concedidas a um “calcanhar de Aquiles” revela por si só o quão irreal é a expectativa de que toda ação judicial deferida a favor do usuário se transforme de imediato na solução de sua demanda.

Nesse sentido, considera-se que o acompanhamento dos casos – tanto os que tiveram ações ajuizadas como os que foram encaminhados administrativamente – poderia de fato ser instituído como um mecanismo mais sensível de verificação do nível de resolutividade dos casos atendidos no âmbito do projeto. Talvez um monitoramento telefônico simples pudesse gerar uma percepção mais clara da realidade dos usuários.

Ventura e Simas (2021) comentam sob o ponto de vista do fluxo operacional da CRLS, mas que em certa medida pode se transpor a reflexão sobre o funcionamento do projeto aqui em análise, que:

As formas de reação institucionais observadas têm adotado uma perspectiva restrita de acesso à saúde e à justiça, com medidas necessárias, mas insuficientes, voltadas para a resolução de problemas de gestão estatal de recursos e sobrecarga de processos. Tratando-se de relações estruturais de poder, os mecanismos de solução dos litígios se deparam com interesses e limites institucionais que esfumam caminhos supostamente ágeis e eficazes (Ventura; Simas, 2021, p. 2010).

Nesse aspecto, para ilustrar como esses limites institucionais muitas vezes se refletem na não efetivação do direito à saúde por meio de uma solução supostamente dada como caso “finalizado enquanto encaminhamento administrativo” um dos servidores de núcleos de primeiro atendimento entrevistados, compartilhou o seguinte relato.

D8: Um entrave que eu tive, um embate na verdade muito grande foi com essa questão, por ela ser uma profissional do município e não tem tanto conhecimento do estado, de como é, de como funciona no estado os medicamentos que são fornecidos, que vêm né?... no relatório da câmara dizendo que são fornecidos pelo estado e que podem ser retirados mediante LME [Laudo para Solicitação de Medicamentos] lá na Rio Farmes... enfim o assistido ficava sem orientação, ficava solto. Só que as pessoas chegavam lá na farmácia pra retirar: “não! Seu médico tem que preencher...” a pessoa tem que apresentar uma série de documentos e tal e o usuário da gente ele não sabe... ele não sabe... ele não sabe o tecnicismo...o que que é CID [Classificação Internacional de Doenças] [...].

De acordo com o relato, mais do que uma resposta institucional de solução administrativa, o que se precisa para que efetivamente as demandas dos usuários sejam solucionadas é um pouco mais. Precisa-se de profissionais comprometidos com a resolutividade do atendimento, porque, conforme visto, se o profissional apenas repassar ao usuário a resposta técnica da CRLS Interior, não necessariamente haverá resolutividade nesse caso.

A percepção gerada pela experiência apresentada foi a de que unir instituição jurídica e poder público municipal num mesmo ambiente de trabalho, e (co) responsabilizá-las pelas demandas em saúde da população, criou em alguns casos e fortaleceu em outros uma atmosfera muito mais propícia ao diálogo institucional, na busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde. Caminhos esses em que a via judicial não é uma possibilidade negada, e a via administrativa não é uma opção negligenciada, ou seja, ambas abordagens são consideradas no atendimento às demandas dos usuários.

Em corroboração a esse achado, um artigo que divulgou o funcionamento da CRLS no município de Campos dos Goytacazes retratou que: “[...] a atuação em rede da CRLS fomentou a resolução administrativa dos conflitos priorizando as políticas públicas existentes sem negligenciar a garantia das necessidades individuais de saúde” (Arêas; Hasenclever; Ahmed, 2020, p.1).

Em que pese a diferença da estrutura operacional do projeto nesse município e sua localização estar fora da região metropolitana do estado, o caso também é fruto da interiorização da CRLS a partir do mesmo projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” (Arêas; Hasenclever; Ahmed, 2020).

Considerações finais

A apresentação do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” sustenta a reflexão de que a efetivação do direito à saúde perpassa necessariamente pela atuação dos

três poderes, além de instituições jurídicas e de participação popular. Porém, guarda relação de dependência mais direta entre a articulação do Poder Executivo e Judiciário.

Considerando a pluralidade de atores envolvidos nessas relações que interferem e determinam a efetivação do direito à saúde no Brasil, a experiência do projeto demonstrou que os processos comunicativos materializados nos diálogos institucionais, que incluem instituições jurídicas como Defensorias Públicas, são essenciais para a efetivação desse direito, em um país de conjuntura democrática exacerbadamente normativa e de descentralização federativa como o Brasil.

A construção de um estudo de caso traz certamente consigo uma série de limitações. As especificidades do contexto onde a experiência nasce, cresce e se desenvolve é permeada por singularidades que, embora possam refletir diversas características comuns a outros espaços, afastam o autor da pretensão de alcançar dados completamente generalizáveis, sendo essa uma limitação do estudo. Essa pretensão, entretanto, não está exatamente no plano dos estudos de caso.

Por fim, defende-se que é preciso compreender a judicialização da saúde como um fenômeno complexo que não deve ser rotulado como benéfico ou maléfico, nem mesmo quando consideramos as partes envolvidas de forma separada. Afinal, o cidadão é parte de toda uma sociedade, assim como o Poder Judiciário ou o Executivo são partes do Estado e este existe em prol da sociedade. Todas essas partes são importantes “peças” na engrenagem do SUS, ainda que, por vezes, existam conflitos de complexo manejo, como visto a partir da experiência descrita.

Foi constatado por meio desta pesquisa empírica que o projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, de fato, propõe a materialização de um arranjo que favorece o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política, abrindo caminhos para que o manejo das questões que envolvem o direito à saúde estejam *pari passu* a forma como o SUS vem sendo planejado e implementado na prática.

Referências

- ARÊAS, Philippe Jean Rangel Abreu; HASENCLEVER, Lia; AHMED, Flávio Villela. Justiça multiportas: uma análise da atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) em Campos dos Goytacazes – RJ. *Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 3 n. 3, 2020. DOI: 10.46818/pge.v3i3.172.
- ASENSI, Felipe Dutra. *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.
- ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (coords.) *Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiências*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília, DF: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf. Acesso em: 16 set. 2021.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Judicialização da saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília, DF: CNJ, 2019. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - DPERJ. *DPRJ: modelo de atuação extrajudicial poderá ser adotado no exterior*. Rio de Janeiro: Bruno Cunha, 24 out. 2017. Disponível em: <https://Defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5102-DPRJ-modelo-de-atuacao-extrajudicial-podera-ser-adotado-no-exterior>. Acesso em: 09 ago. 2020.

FLEURY, Sonia. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE –. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2021. Rio de Janeiro, IBGE, 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

LIMA, Luciana Dias *et al.* Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (orgs). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes *et al.* Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos, do judiciário e da saúde. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, [s. l.], v. 23, n.2, p.1-8, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02-e20180363.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

PAIM, Jairnilson Pereira. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 23, n.6, p.1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

RELATÓRIO da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS, Rio de Janeiro, 2021.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins.; SILVA, Luana Nunes. Atenção à saúde em grandes centros urbanos. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v.16, n.1 p. 121-137, 2010. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/download/341/299/1253>. Acesso em: 01 mar. 2021.

SOUZA, Thaísa Guerreiro. *A judicialização residual da saúde proposta pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro: um forte indicativo do grau de desempenho dos serviços públicos de saúde e da efetividade do Direito à Saúde*. 2018. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

TOLEDO, Luciano Augusto; SHIAISHI, Guilherme de Farias. Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas: um ensaio para a proposta de protocolo do estudo de caso. *Revista da FAE*, Curitiba, v. 12, n. 1, p.103-119, 2009. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/288>. Acesso em: 12 mai. 2021.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. *Direito e Praxis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1989-2014, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/wDNSWMTBCFnfNV7F5RF4kzy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Notas

ⁱ Artigo derivado de AMARAL, Isabela Tavares. *A judicialização do direito à saúde e o diálogo entre instituições jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro*. 2022. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.