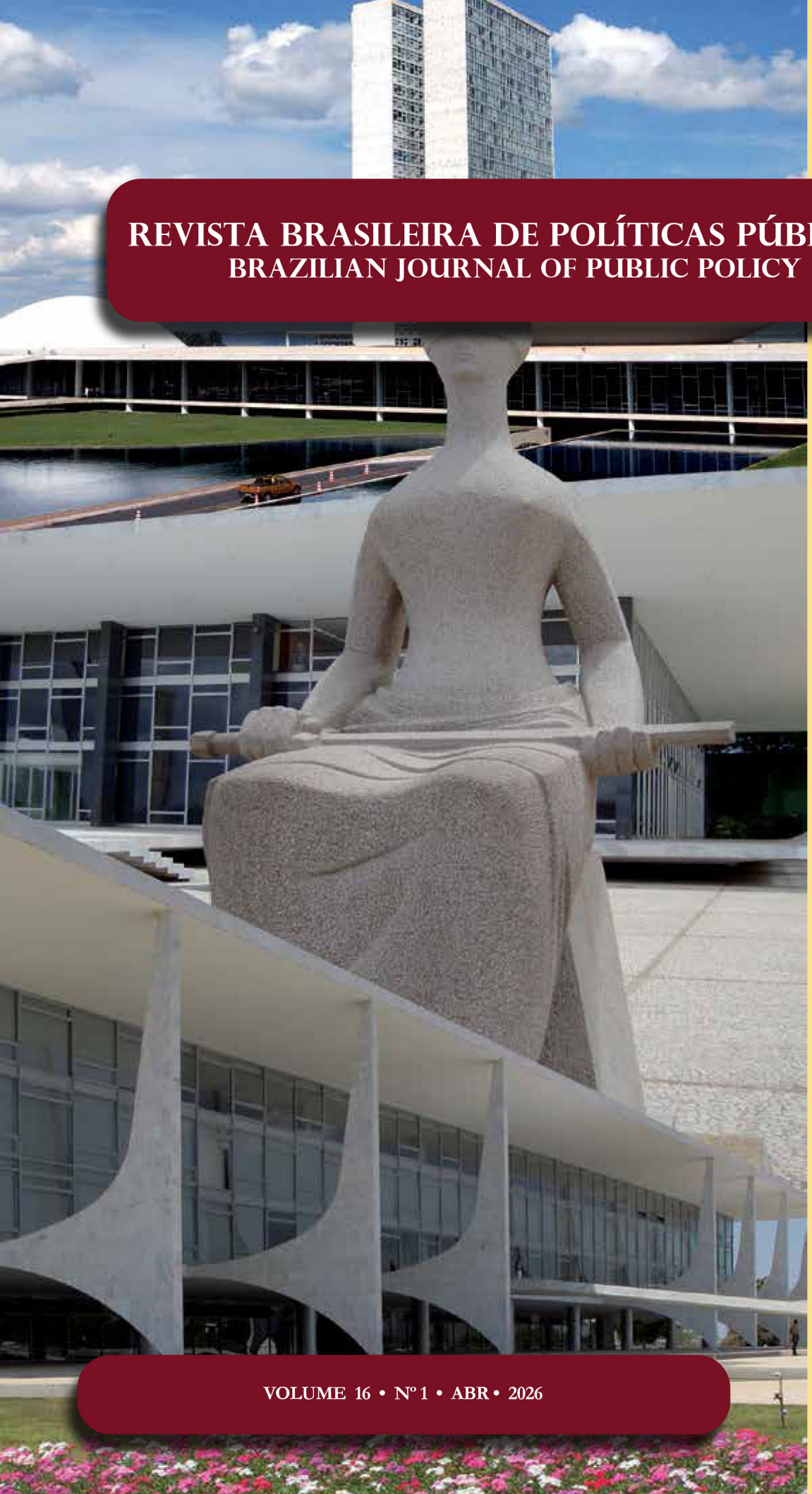
CEUB
EDUCAÇÃO SUPERIOR
ISSN 2236-1677

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY



Diálogos institucionais no contexto da judicialização da saúde: desvelando desafios de uma experiência da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

Institutional dialogues in the context of the judicialization of health: revealing challenges from an experience of the Public Defender's Office of the State of Rio de Janeiro

Isabela Barboza da Silva

Tavares Amaral Correio

VOLUME 16 • Nº 1 • ABR • 2026

Sumário

SEÇÃO I - INSTITUIÇÕES, GOVERNANÇA, DEMOCRACIA E TRANSPARÊNCIA 17

Transparência e opacidade de organizações internacionais: pesquisa bibliométrica sobre o Sistema Interamericano de Direitos Humanos 19
Ademar Pozzatti e Ana Carolina Campara Verdum

Por uma modernização da política de acesso à informação no Brasil: uma avaliação da Lei de Acesso à Informação à luz da Lei Modelo Interamericana 2.0 sobre o acesso à informação pública 45
Pedro Alves Barbosa Neto

Incerteza e partilha de riscos nas concessões de serviços públicos 68
Alberto de Oliveira

Mudanças institucionais no marco regulatório do uso da biodiversidade no Brasil: uma análise a partir da perspectiva do Advocacy Coalition Framework 86
Victor Manuel Barbosa Vicente e Suely Mara Vaz Guimarães de Araújo

Os laços do poder: Transformações nas Estratégias da Elite Empresarial na Captura do Estado Brasileiro 104
Caio César Coelho Rodrigues, Felipe Fróes Couto e Maria Teresa Leão Wanderley

Entre norma e prática: limites da transparência e participação social na ANATEL 135
Ana Luisa Ferreira Vital, Daniel Lucas e Carlos Alberto Pereira das Neves Bolonha

Resilient Democracy in Crisis: Evidence from Participatory Budgeting during Martial Law in Ukraine 149
Oleh Brovko e Ramon Blanco de Freitas

SEÇÃO II - POLÍTICAS PÚBLICAS, DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS 163

Políticas públicas e o cumprimento do acordo de paris pelo Brasil: O papel das instituições públicas na redução das emissões de CO2 com sistemas fotovoltaicos 165
Álvaro Guilherme Rocha, André Barra Neto, Bruno Garcia de Oliveira, Solon Bevilacqua e Ana Paula Pinheiro Zago

A dupla face das comunidades diante da crise climática: Valores e implicações para as políticas públicas 187
João Pedro Schmidt

Acolhimento familiar: desafios para garantia do direito à convivência familiar e comunitária 204
Giovanna Stallivieri Fernandes e Jucimeri Isolda Silveira

Enfrentamento à violência contra a mulher no estado do Tocantins: Uma avaliação da política pública 217
Danila Resende Duarte Marvão, Cibele Aparecida Martins de Toledo, Dini Ribeiro Bezerra, Jorge Antônio da Silva Couto, Michelle Araújo Luz Cilli e Waldecy Rodrigues

A Letalidade Violenta Feminina no contexto de políticas públicas no Estado do Rio de Janeiro 236
Vinícius Ferreira Baptista

SEÇÃO III - JUSTIÇA, CONSTITUIÇÃO E TRANSFORMAÇÕES TECNOLÓGICAS 263

Diálogos institucionais no contexto da judicialização da saúde: desvelando desafios de uma experiência da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro 265
Isabela Barboza da Silva e Tavares Amaral Correio

Saúde e direito na pandemia de COVID-19: A judicialização da política pública no Rio Grande do Norte 282
Raquel Maria da Costa Silveira, Flávio Luiz Carneiro Cavalcanti e Edson Lucas Pereira dos Santos

Modelos de comportamento judicial: a difícil adequação do clássico modelo tripartido à realidade brasileira 303
Sergio Nojiri e Taísa Magro Ostini

Derecho Penal y eximentes de responsabilidad con enfoque de género en Chile .. 321
Valeska Cecilia Rivas Arias, Dr. Juan Jorge Faundes Peñafiel e Tomás Alejandro Figueroa Martínez

La inconstitucionalidad por omisión del legislador y el actuar de la justicia constitucional española y colombiana 351
Juan Pablo Díaz Fuenzalida, Marcela Inés Peredo Rojas e Luz Eliyer Cárdenas-Contreras

Algoritmos e inteligencia artificial en la gestión migratoria estatal: estándares interamericanos y acceso a la justicia de las mujeres migrantes en Chile 373
Glorimar Alejandra Leon Silva

doi: 10.5102/rbpp.v16i1.9282

Diálogos institucionais no contexto da judicialização da saúde: desvelando desafios de uma experiência da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro*

Institutional dialogues in the context of the judicialization of health: revealing challenges from an experience of the Public Defender's Office of the State of Rio de Janeiro

Isabela Barboza da Silva**

Tavares Amaral Correio***

Resumo

O presente artigo objetiva analisar os desafios identificados no arranjo institucional proposto pelo Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, no âmbito dos diálogos institucionais entre instâncias jurídicas e políticas envolvidas na experiência. Esta pesquisa é original e consiste em um estudo de caso único do tipo integrado. Foram realizadas 17 entrevistas semi-estruturadas com profissionais dos municípios e das instituições jurídicas envolvidas no projeto, além de pesquisa documental e bibliográfica. A existência ou não do convênio determina o funcionamento do Centro de Apoio Técnico em Saúde no município, que consiste em um arranjo institucional que proporciona a alocação de pelo menos um profissional da secretaria municipal de saúde para atuar no atendimento às demandas que chegam aos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria. São discutidos os desafios do arranjo proposto de acordo com a natureza dos mesmos, a saber: desafios de natureza dialógica, ou seja, no âmbito dos diálogos instituídos a partir da experiência e desafios de natureza operacional da rede municipal, ligados aos recursos humanos. É essencial que a judicialização deixe de ser vista como um "mal a ser combatido ou exterminado", e passe a ser encarada como parte dos processos que envolvem a gestão do sistema de saúde e do cotidiano da administração pública hoje. De modo que a judicialização possa ser transformada em uma ferramenta que aponte os desafios estruturais da consolidação do SUS que precisam ser enfrentados.

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

* Recebido em 28/10/2023
Aprovado em 24/06/2024

** Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ- área: Política, Planejamento e Administração em Saúde.
Docente da área de saúde coletiva do Instituto de Enfermagem do Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro- Campus Macaé
Email: isabela.t.amaral@gmail.com

Abstract

This article aims to analyze the challenges identified in the institutional arrangement proposed by the Construindo o SUS Project (Building SUS, acronym in Portuguese for Unique Health System) with the Public Defense Office of the State of Rio de Janeiro, within the scope of institutional dialogues between legal and political instances involved in the experience. This research is original and consists of a single integrated case study. Seventeen semi-structured interviews were carried out with professional staff from the municipalities and legal institutions involved in the project, in addition to documentary and bibliographical research. The operation of the Technical Health Support Center in the municipality depends on the existence of an agreement, which consists of an institutional arrangement that assigns one professional from the municipal health office to meet the demands of the first assistance centers of the Public Defense Office. The challenges of the proposed arrangement are discussed according to their nature: challenges of a dialogical nature, in other words, within the scope of dialogues instituted from the experience and challenges of an operational nature of municipal health services, related to human resources. It is essential that the judicialization is no longer seen as evil and starts to be faced as part of the processes the involve the present health system management and routine of the public administration. Thus, the judicializationcan be transformed into a tool that shows the structural challenges of the consolidation of SUS which must be faced.

Key- Words: Right to Health. Unified Health System. Health's Judicialization. Health Management.

1 Introdução

O direito à saúde no Brasil é universal, integral, e a política de saúde considera o princípio da equidade em sua organização, de acordo com a descentralização político-administrativa de um sistema único financiado pelas três esferas de governo. Elevar a saúde a ocupar posição de dever do Estado traz implicações diretas na organização política e econômica do país, além de desdobramentos diretos nas práticas sociais.

Sabe-se que "embora seja instituído constitucionalmente desde 1988 o acesso universal aos serviços e ações de saúde ainda encontra dificuldades de ser materializado nas instâncias de gestão das políticas de saúde"[1]. Nesse sentido, além da autonomia dos entes da federação, "[..] os problemas e a consequente fragmentação na oferta real e na capacidade de ofertar ações e serviços de saúde vêm contribuindo para a existência de iniquidade no acesso à saúde, judicialização e piores indicadores de saúde" [2].

Vale ressaltar que a dimensão e heterogeneidade territorial do Brasil imprimem características peculiares no que tange ao desenvolvimento de qualquer política pública, tendo em vista os contornos singulares que adquirem em sua operacionalização em contextos tão diversos, e muitas vezes adversos. Destaca-se que o nosso país é o único "com sistema nacional de saúde que alcançou alto grau de descentralização de competências sanitárias, sem levar em consideração o porte dos municípios, do ponto de vista populacional e da capacidade de assegurar seu papel constitucional" [3].

Os municípios demonstram condições muito distintas para o cumprimento de seu papel no sistema de saúde, e alguns estudos têm relatado variações no que tange à alocação orçamentária no setor da saúde dos

[1] MACHADO, Felipe Rangel; Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francini Lube. Direito à saúde e Integralidade no SUS: o Exercício da Cidadania e o papel do Ministério Público. *In*: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo. (Org.) *Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2 ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010: 49-65, p. 49-50.

[2] AMARAL, Márcia. A. Conversações para a ação: um desafio a superar para o fortalecimento do SUS. *In*: *Coletânea direito à saúde*: Boas práticas e diálogos institucionais. Brasília: CONASS. v. 3, p. 12- 21, 2018, p. 15.

[3] AMARAL, Márcia. A. Conversações para a ação: um desafio a superar para o fortalecimento do SUS. *In*: *Coletânea direito à saúde*: Boas práticas e diálogos institucionais. Brasília: CONASS. v. 3, p. 12- 21, 2018, p. 15.

municípios, dada a diversidade socioeconômica e os diferentes tipos de responsabilidades assumidas quanto à oferta de serviços, resultando em iniquidades entre os mesmos [4].

A universalidade do acesso à saúde e a proposta de integralidade da atenção, incluídas na Constituição de 1988 acabaram carecendo de regulamentação por longo período, contribuindo para intensa judicialização do acesso às ações e serviços de saúde[5].

Tomando a judicialização enquanto um fenômeno crescente que tem trazido impactos de diversas ordens para a gestão do SUS, e entendendo a esfera municipal como ente federativo essencial na execução e provimento de serviços de saúde, é importante o conhecimento de iniciativas que promovam o diálogo entre as áreas do direito e da saúde, na tentativa de promover um melhor manejo deste fenômeno para efetivação do direito à saúde no país.

O presente artigo é parte do [OMITIDO PARA GARANTIA DA NÃO IDENTIFICAÇÃO DE AFILIAÇÃO DA AUTORA]. O objetivo deste artigo é analisar os desafios identificados no arranjo institucional proposto pelo Projeto Construindo o SUS com a DPERJ, no âmbito dos diálogos institucionais entre instâncias jurídicas e políticas envolvidas na experiência.

2 Materiais e Métodos

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa e consiste em um estudo de caso único do tipo integrado cujo método utilizado para o desenvolvimento da análise de dados foi a "construção da explicação" [6].

O autor Robert Yin [7] ressalta que essa técnica de análise dos dados é como uma etapa mais aprimorada da técnica de combinação de padrões, pois dela se utiliza do fato de considerarem-se padrões previstos, ou seja, proposições do que se espera desvelar antes do momento da coleta de dados e padrões empíricos, ou seja, aquilo que efetivamente emana dos dados coletados.

Nesta pesquisa buscou-se a determinação da validade dos constructos. Este é um modo de aumentar a qualidade geral do estudo de caso como um teste a ser aplicado, cujas táticas envolvem: o uso de múltiplas fontes de evidências na coleta dos dados (no caso da presente tese: entrevistas semi-estruturadas com profissionais dos municípios e das instituições jurídicas envolvidas no projeto, além de pesquisa documental e bibliográfica), o estabelecimento de encadeamento de evidências, e uso de informantes-chave para revisão do relatório do estudo de caso da pesquisa que originou este artigo[8].

O critério de seleção dos municípios (dentre aqueles conveniados com a DPERJ para execução do Projeto) para participação na presente pesquisa, foi a localização nas regiões metropolitanas 1 ou 2 do estado do Rio de Janeiro. Com relação aos municípios metropolitanos, sabe-se que:

> Por décadas, houve tentativas de trazer o tema das regiões metropolitanas e discutir os desafios do adensamento populacional frente às dificuldades de os municípios de fato cumprirem com todas as atribuições que lhes foram dadas pela Constituição de 1988, mas que não previa formas de articulação entre os municípios e/ou destes com os estados em busca de soluções coletivas para problemas comuns [9].

---

[4] ARAÚJO, Carmen Emmanuely Leitão, GONÇALVES, Guilherme Quaresma, MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações.*Ciênc. saúde colet*. v. 22, n. 3, p. 953-963. mar 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n3/953-963>. Acesso em: 06 set. 2021.

[5] AMARAL, Márcia A. Conversações para a ação: um desafio a superar para o fortalecimento do SUS. *In*: *Coletânea direito à saúde*: Boas práticas e diálogos institucionais. Brasília: CONASS. v. 3, p. 12- 21, 2018.

[6] Yin, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.

[7] Yin, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.

[8] Yin, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.

[9] ABRUCIO, Fernando Luiz e SYDOW, Cristina Toth. Federalismo e Governança Multinível em Regiões Metropolitanas: o caso brasileiro. *In*: CARNEIRO, J. M. B e FREY, K. (Org.) Governança Multinível e desenvolvimento regional sustentável: experiências

Entendendo a singularidade dos desafios de municípios populosos e caracteristicamente metropolitanos para execução das políticas públicas, optou-se pela seleção dos seguintes municípios conveniados: Belford Roxo, Japeri, Magé, São Gonçalo, Nova Iguaçu e Mesquita.

O método utilizado para identificação dos participantes da pesquisa foi a técnica de *snowball*. Nesta técnica, inicialmente "lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes[...] Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos" [10].

Foram usados os seguintes critérios de inclusão dos participantes:

-profissionais pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, que atuem necessariamente no atendimento dos usuários com demandas em saúde, nas Defensorias Públicas dos 6 municípios participantes, ou, seja no CATES, ou;

-gestores ou advogados públicos destes mesmos municípios que lidem diretamente com demandas de judicialização da saúde em qualquer instância da gestão municipal, ou;

-defensores e/ou outros servidores das Defensorias atuantes nos Núcleos de primeiro atendimento dos municípios selecionados, ou ainda;

-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 início da entrevista após leitura do mesmo documento na íntegra.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas, ocorreram entre os meses de agosto e novembro de 2021, a partir do uso de plataforma digital gratuita de reuniões Google Meet, e foram áudio-gravadas por aparelho gravador externo ao computador para posterior transcrição e análise. A condução não presencial das entrevistas se desenvolveu devido ao período pandêmico que atravessou o período de coleta de dados da pesquisa.

Foram entrevistadas 17 pessoas, sendo 2 pessoas ligadas a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ, constituindo lideranças da experiência em análise, 1 profissional atuante na CRLS do Rio de Janeiro, 5 profissionais ligados a esfera municipal de 3 municípios diferentes (Belford Roxo, Mesquita e Nova Iguaçu) e 9 profissionais dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ, entre defensores e/ou outros profissionais atuantes nos seguintes municípios: Japeri, Magé, São Gonçalo, Nova Iguaçu e Mesquita.

Para fins de garantia do anonimato dos participantes, os nomes foram substituídos da seguinte forma: profissionais da área da saúde entrevistados tiveram os nomes codificados para uma combinação entre a letra "S" e um algarismo arábico (ex. S1, S2, S3...) e profissionais da área do direito, tiveram os nomes codificados para uma combinação entre a letra "D" e um algarismo arábico (ex. D1, D2, D3...).

A pesquisa documental também foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2021 e viabilizou acesso aos seguintes documentos: Convênio nº 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, ainda, o relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde – CRLS INTERIOR, de agosto de 2021.

do Brasil e da Alemanha. Oficina Municipal: escola de cidadania e gestão pública. p. 47-68. 2018, p. 57.

[10] Vinuto, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Tematicas, Campinas, SP. 2014; 22: 44: 203–220, Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977. Acesso em: 12 ago. 2022.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de março a maio de 2022, em repositórios de Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro, além da Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Campinas e via Google Scholar. Esta etapa resultou em 18 publicações consultadas para o estudo de caso.

Este estudo segue todas as diretrizes recomendadas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O estudo é parte do projeto [OMITIDO PARA GARANTIA DA NÃO IDENTIFICAÇÃO DE AFILIAÇÃO DA AUTORA] segundo o número CAAE: [OMITIDO PARA GARANTIA DA NÃO IDENTIFICAÇÃO DE AFILIAÇÃO DA AUTORA].

3 Resultados e Discussão

Os resultados apresentados e discutidos neste artigo foram divididos em 3 grupos. Primeiramente é apresentado brevemente, a título de contextualização, o arranjo institucional proposto pelo convênio desenvolvido a partir do projeto em análise. Em segundo lugar são trazidos a luz os desafios do arranjo proposto de acordo com a natureza dos mesmos, a saber: desafios de natureza dialógica, ou seja, no âmbito dos diálogos instituídos a partir da experiência e desafios de natureza operacional da rede municipal, ligados aos recursos humanos.

4 O arranjo institucional proposto

Atualmente 15 municípios fora a capital do estado utilizam o sistema da CRLS, sendo 8 deles localizados na Região Metropolitana do estado, a saber: Magé, Mesquita, São Gonçalo, Nilópolis, Japeri, Belford Roxo, Duque de Caxias e Nova Iguaçu (RIO DE JANEIRO, 2021). Desses municípios metropolitanos, 6 possuem convênio com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (excetuando-se Nilópolis e Duque de Caxias).

A existência ou não do convênio determina o funcionamento do Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATES) no município, que em síntese, consiste num arranjo institucional que proporciona a alocação de pelo menos um profissional indicado pela secretaria municipal de saúde para atuar no atendimento às demandas de saúde que chegam aos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ.

Com relação ao atendimento nos núcleos, referentes às demandas de saúde, há certa uniformidade nos processos de trabalho, embora os fluxos tenham pequenas diferenças com relação à etapa de atendimento inicial do cidadão que busca atendimento.

Há núcleo que, logo após o direcionamento dos usuários pela recepção, opta por concentrar em servidores da própria DPERJ o acolhimento inicial das demandas em saúde, para encaminhamento posterior ao profissional do CATES (como é conhecido o profissional do município alocado no núcleo para fins de atendimento das demandas em saúde). E outros núcleos onde esse primeiro atendimento é feito diretamente com esses profissionais do CATES, logo após o usuário passar pela recepção do órgão.

A pesquisa documental que viabilizou a análise do relatório da CRLS-Interior trouxe a seguinte descrição da etapa inicial de atendimento no CATES:

> O primeiro atendimento é realizado pelo funcionário da Secretaria Municipal de Saúde, acompanhado de servidor da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro do Interior. [...] O atendente é responsável pela verificação dos documentos mínimos necessários. Havendo pendências documentais de cadastro identificadas no Atendimento, estas serão informadas ao assistido e a Defensoria, orientando este a atender as exigências técnicas para que haja o encaminhamento posterior à análise técnica com

> informações para o atendimento. É emitido um "Termo de Documentos Pendentes do Atendimento" com a descrição das pendências a serem sanadas. Inexistindo pendências, o atendente deverá, então, tramitar o procedimento instaurado à SES, para análise técnica das mesmas, e orientar o assistido para que aguarde os trâmites administrativos[11].

Esse dado da pesquisa documental torna um pouco mais claro a etapa de análise da documentação que compõe o início do atendimento do cidadão que busca os núcleos de primeiro atendimento da DPERJ dos municípios conveniados, com demandas referentes à saúde. O "atendente" mencionado faz referência ao chamado profissional do CATES (indicado da secretaria municipal de saúde para atuação na Defensoria) e treinado, portanto, para manusear o sistema de informação pelo qual tramitam os atendimentos do núcleo para a CRLS, que na citação acima aparece como "tramitar o procedimento instaurado à SES". Esse apontamento justifica-se pelo fato de que os profissionais que compõem a equipe da CRLS são profissionais da SES.

O encaminhamento das demandas para análise técnica é feito via um sistema de informação específico por meio do qual a CRLS recebe os casos e envia os relatórios aos núcleos de Defensoria conveniados. Em geral, o manejo desse sistema nos núcleos de primeiro atendimento tem sido feito através dos profissionais do CATES.

A capacitação desses profissionais é de responsabilidade da SES-RJ, segundo o Termo aditivo ao Convênio nº 02/2015 que define que para que novos Núcleos de Primeiro Atendimento possam ser incluídos e contemplados com o serviço de assessoria técnica, incluindo a disponibilização de profissional de informática para a capacitação desses novos usuários.

Ainda que haja municípios com maiores ou menores dificuldades na operacionalização dos convênios, essa movimentação no sentido da aproximação entre Defensoria Pública e o Poder Executivo é um fato repetidamente apontado por diversas falas, enquanto um êxito alcançado pelo projeto, conforme exemplificado nas falas a seguir:

> *"O que que eu destaco porque eu acho que é muito importante, primeiro é: a aproximação da Defensoria pública com gestores. Eu acho que isso é o ponto mais importante. É a compreensão: um e outro das dificuldades que são enfrentadas né, por cada ator nessa tentativa de efetivação dos direitos da saúde." (D1)*

> *"Acho que a mais importante é a aproximação da Defensoria com o gestor público, no sentido de diálogo. Porque até então era muito comum o defensor que estava na comarca, a gente fazia ofício, oficiava e não conseguia ali contribuir de alguma forma para política. [...]* ***Não é pra você deixar de judicializar, mas se aproximar do gestor*** *e ter essa conversa transparente, eu acho isso importante, ter essa transparência nesse diálogo." (D2)*

> *"Eu acho muito legal essa ideia de você estar junto do município, de você entender o SUS. Que os funcionários de Defensoria passem a viabilizar o SUS, entende? Não só cobrar do SUS, né." (D8)*

A ideia é propiciar uma aproximação da Defensoria à realidade do SUS no território, permitindo um conhecimento mais amplo de caminhos que favoreçam soluções mais resolutivas para os usuários do sistema de saúde, seja judicializando de forma mais instrumentalizada, ou seja, com as informações da rede de atenção à saúde, ou resolvendo administrativamente as demandas.

Por isso chama-se a atenção para a expressão em destaque em uma das falas acima: *"Não é pra você deixar de judicializar, mas se aproximar do gestor"*. Inclusive através da coleta de dados foi possível perceber que essa aproximação é importante até nos casos onde o caminho da ação judicial é imprescindível.

Um dos profissionais da área do direito atuante em núcleo de Defensoria entrevistado relata em sua fala que o convênio "abaixa as guardas", compartilhando acerca da melhoria da relação entre o poder público municipal e os profissionais da Defensoria, conforme relato a seguir:

[11] Rio de Janeiro (Estado). Relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde – CRLS INTERIOR. Rio de Janeiro, Ago. 2021.

"O convênio ele tira aquela coisa de imposição né, parece que são os inimigos. Eu não quero brigar com você. Então o convênio ele abaixa as guardas e 'bota' todo mundo num diálogo. Então a gente tem diálogo com todos os setores." (D9)

Há que se perceber que há muito mais a se convergir nos processos de trabalho em prol da efetivação do direito à saúde dos usuários do SUS, do que divergências ou campos de disputas nesse aspecto, sendo, portanto, um vínculo importante este propiciado pelo convênio, entre Defensoria Pública e Poder Executivo municipal.

É importante destacar como arranjos institucionais são necessários para garantia da viabilização desse diálogo em uma sociedade onde o Poder Judiciário acaba incorporando a representação de tutela dos direitos sociais. Em conformidade a essa premissa, Asensi [12] defende que há um imaginário tutelar por parte de alguns membros do Ministério Público e dos usuários do SUS configurando uma complexidade que direciona o surgimento de novas estratégias para resolução de conflitos e efetivação de direitos, além de reforçar a necessidade dos debates sobre a judicialização da política, incluindo também a judicialização das relações sociais no contexto da saúde.

Vale ressaltar ainda que "a proteção ao direito à saúde pelo Poder Judiciário não pode ocorrer de modo a substituir as funções de gestão do sistema público de saúde do Poder Executivo" [13], mas que o Judiciário precisa buscar colaboração dos gestores públicos de forma contínua para resolução das demandas. Isso reforça mais uma vez a já discutida importância dos diálogos institucionais, e também o papel da Defensoria Pública enquanto instituição jurídica nesse processo.

5 Desafios de natureza dialógica

Sabe-se que os diálogos institucionais podem ser tomados como uma oportunidade de aprendizado mútuo entre o Executivo e o Judiciário possibilitando a atuação preventiva na resolução de conflitos e na efetivação do direito à saúde [14]. Embora esse diálogo -especialmente àquele instituído entre Defensoria e Poder Executivo- traga consigo uma série de benefícios, em termos do alcance de maior resolutividade das demandas em saúde, há ainda alguns desafios a serem superados nesse sentido. Esse fato pode ser observado no trecho de entrevista de uma das defensoras ouvidas pela pesquisa:

"É uma interlocução importante e eu acho que resolve muitas coisas também com diálogo institucional. Mas, por outro lado, é um diálogo permeado por, por um tipo de dificuldade, né. No momento o gestor, ele diz que tá tudo ótimo, né. Então o tipo de notícia que a gente tem é que está maravilhosa a saúde [...] e que tem várias vantagens e que 'eu fiz isso', 'eu fiz aquilo'... Então, assim, eu acho que é pouco eficiente essa interlocução" (D7)

De acordo com a entrevistada acima, há uma peculiaridade no diálogo estabelecido com a SMS, no sentido de ser um tanto quanto complicado quando se trata das fragilidades existentes na rede municipal de saúde. A menção é em relação a um diálogo direto com o gestor municipal, que, de acordo com a entrevistada, sempre tende ao discurso de que tudo está funcionando de maneira ótima.

Este mesmo aspecto, porém, também é identificado no diálogo estabelecido entre a Defensoria e o profissional do CATES. Isso ocorre, pois, sendo profissional representante da própria SMS, seria contraditório ter qualquer tipo de atitude que pudesse pôr em risco a imagem da gestão municipal. É importante salientar

[12] 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, 2010a. 206 p.

[13] MARIANO, Cynara Monteiro *et al.* Diálogos Sanitários Interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Rev. de Investigações Constitucionais*. Curitiba, v. 5, p. 169-188, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/issue/view/2499/showToc>. Acesso em: 28 jan. 2020, p. 171.

[14] ASENSI, Felipe Dutra; Pinheiro, Roseni. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *Rev. Dir. sanit.* [online]. 2016; 17:2: 48-65. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836089>. Acesso em: 09 jan. 2020.

que o regime desse profissional não é uma cessão à Defensoria. Ele continua sendo um profissional da secretaria municipal de saúde, apenas alocado no núcleo de primeiro atendimento da Defensoria, mas continua respondendo ao município e por ele.

Também chama a atenção nesse aspecto, a percepção de outro profissional atuante em um dos núcleos de primeiro atendimento pesquisados, acerca do papel desse profissional indicado pela secretaria para atuar junto a Defensoria:

> *"Não é que o profissional do município seja ruim não,* ***mas o profissional do município está limitado à vontade do gestor.*** *Então como que você fiscaliza uma situação em que a pessoa que está ali, ela muita das vezes ela tem uma orientação política? É muito difícil! Entendeu? Então muitos deles são funcionários comissionados que sofrem pressão. Não podem falar tudo.[...] Eu acho que não tinha que ser um funcionário do gestor, entende? Não sei se para o convênio, se isso é útil, porque, por mais que oficialmente se lance a mão de que ela está ali para assessorar a Defensoria e tal, ela continua sendo vinculada ao município. Então como é que ela na manutenção do cargo dela ela vai de encontro ou vai se chocar com os interesses do município?" (D8)*

Conforme relato acima, um "choque" com os interesses do município poderia colocar em risco a manutenção do emprego desse profissional. Em outras palavras, não há uma total autonomia na atuação deste, principalmente considerando a iminência de que os interesses do município possam se chocar aos dos usuários atendidos.

Apesar de ter a seu favor a prerrogativa de ser eleito democraticamente, o Poder Executivo tem incorporado grande fragilidade nos seus processos de trabalho no âmbito da saúde, uma vez que além dos secretários de saúde outros vários cargos de gestão do SUS, são indicações do chefe do Executivo em cada esfera de governo e estão, portanto, suscetíveis a uma série de pressões políticas no sentido das relações de poder estabelecidas.

Vale ressaltar que a compreensão das bases da administração pública genuinamente brasileira precisa considerar os mais de 300 anos de colonização cuja marca característica mistura o patrimonialismo local com um centralismo excessivamente regulamentador e, geralmente, de baixa efetividade[15]. Esse quadro acaba por determinar em muitos aspectos a reprodução em diferentes escalas, de padrões clientelistas que determinam a cooptação das políticas de Estado travestidas de política de governo na tentativa de conferir legitimidade ao poder local.

É inegável, porém, que essas características mencionadas podem ser percebidas nas três esferas de governo, levando a um quadro bastante conhecido da esfera pública nacional:

> Em nome da governabilidade, os gestores repartem entre os partidos aliados os diversos setores da administração pública e, assim, a saúde se torna refém do clientelismo nos cargos de confiança, negligenciando o mérito, o profissionalismo, a competência técnica e a qualidade dos condutores da política de saúde [16].

A principal consequência da municipalização dos serviços públicos de saúde talvez seja que até hoje ainda não se consolidou um SUS que funcione efetivamente enquanto um sistema de fato regionalizado e integrado [17], dificultando inclusive, o provimento de ações e serviços de saúde de forma resolutiva e em tempo oportuno [18].

---

[15] ABRUCIO, Fernando Luiz; PEDROTI, Paula; PÓ, Marcos Vinícius. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado as reformas administrativas. *In*: LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz.; PACHECO, Regina Silvia. (Org.). *Burocracia e Política no Brasil*: Desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: FGV, p. 27-71, 2010.

[16] CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde. Editorial. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 317-318, jul./set. 2012a. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2012.v36n94/317-318/pt/>. Acesso em: 16 set. 2021. p. 317.

[17] RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios Políticos para a consolidação do Sistema único de Saúde: uma abordagem histórica. *Rev. História, Ciências, Saúde- Manguinhos* [online]. v. 21, p. 37-59, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 set. 2018.

[18] MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; Mendes, Antonio da Cruz Gouveia; Silva, Ana Lúcia Andrade. O desafio da organização

Nesse âmbito, vale considerar também que "Na esfera judicial existe uma polarização em que as Defensorias se opõem às secretarias de saúde e às procuradorias, levando em alguns casos à ameaça de prisão de gestores públicos pelo não cumprimento de decisões judiciais" [19].

Outro aspecto que chamou a atenção enquanto um desafio para a consolidação dos diálogos institucionais necessários ao bom andamento do projeto foi a identificação de que, muitas vezes, há falta de legitimidade do profissional indicado pelo município para atuar na Defensoria, junto aos próprios profissionais da rede municipal. Estes, muitas vezes não conhecem ou reconhecem o papel que aquele profissional representa.

Durante as entrevistas os profissionais do CATES, mencionaram que percebem certa temerosidade por parte dos profissionais do próprio município, quando informam que atuam na Defensoria e que, talvez por conta disso, haja atraso em conseguirem as respostas necessárias ao andamento dos encaminhamentos administrativos das demandas.

Uma das Defensoras entrevistadas compartilha sua visão sobre as dificuldades do profissional do CATES na obtenção das respostas da rede. Para ela falta "força política", uma vez que não basta que ele tenha os contatos certos das "pessoas-chaves" da gestão municipal no campo da saúde. É preciso que de fato se estabeleça uma comunicação efetiva e que haja respostas dessas pessoas ao profissional do CATES. Segue abaixo um fragmento da entrevista mencionada:

> *"Outro problema que nós temos hoje apesar dessa pessoa ser maravilhosa e super dedicada: ela não tem talvez muito talento de articulação dentro da secretaria, ou ela não tenha talvez a abertura, talvez, não sei qual é a dificuldade que acontece. Mas, às vezes, ela não consegue obter informações da secretaria e ela é nomeada pela secretaria. Então, o que que a gente faz hoje quando a gente vê que ela não consegue informações que é um gargalo mesmo, enfim, de integração ali: a gente marca uma reunião, eu falo... outro dia eu marquei uma reunião com a pessoa da regulação: "espera aí, eu vou entender o que está acontecendo porque ele não dá resposta para ela e ela deveria ser essa ponte. A gente já tinha pedido para secretaria de saúde para assegurar que essa pessoa fosse a ponte que todas as informações que ela demandasse, de fato chegassem nela e isso não acontece! É como se ela não tivesse assim força política... e é um absurdo por que assim, ela tem que...e eles tem que dar para ela essa legitimidade, né. Ela precisa ter esse tipo de informação. Então a gente, numa reunião que a gente teve com o secretário, a gente pediu isso explicitamente: olha ela precisa ser mais respondida, ela precisa ter acesso* às *informações, e, esse é um problema. Eu acho que a secretaria não dá tanta importância para o convênio." (D7)*

Como pode ser observado, mesmo após o projeto estar em andamento, foi necessária uma solicitação de reunião com o secretário municipal de saúde para tentar resolver a questão da comunicação entre o profissional indicado pela SMS e a própria rede de saúde do município. Além disso, de acordo com a entrevistada acima, foi necessário o agendamento de uma reunião com pessoas da gestão municipal (no caso da Regulação) para que pudesse ser identificado o porquê da profissional indicada pela SMS para atuar no CATES não estar recebendo as respostas de que precisava da própria rede municipal de saúde.

Essa dificuldade de comunicação dos profissionais indicados pela própria SMS com a rede não parte apenas da percepção dos profissionais da DPERJ, mas também dos próprios indivíduos entrevistados que ocupavam/ ocuparam esse cargo no CATES. Estes também verbalizaram já terem vivenciado situações em que não obtiveram respostas da rede quando precisaram, conforme apontado a seguir, em resposta à pergunta sobre quais eram os maiores obstáculos do cargo exercido:

> *"Por incrível que pareça era o link, assim, entre eu e o município. Porque as pessoas dos outros setores não conheciam meu setor e não me conheciam e não entendiam o que eu fazia lá. Então quando eu me apresentava e falava que eu era esse link entre a Defensoria e a prefeitura, eles não davam o devido valor. Eles meio que, mesmo eu sendo colega de município deles, né, eu não tinha uma boa resposta, né. Até fixar mesmo o contato direto com cada responsável pelas consultas de cada*

do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Rev. Saúde e Soc.* [online]. v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200329>. Acesso em: 09 jan. 2020

[19] SOUZA, Anderson Monteiro de. *A Atuação em Rede de Instituições Governamentais na Resolução de Conflitos sobre Demandas Sanitárias no Rio de Janeiro.* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016, p. 37.

clínica da família, até chegar nesse ponto, eu tinha contato direto com o responsável e ele muitas vezes não me respondia, ou me respondia às vezes muito tempo depois." (S3)

Um dado interessante que vale ressaltar, é que reuniões com secretários de saúde foram capazes de mudar a conjuntura de comunicação dificultosa entre profissionais do CATES e os profissionais da própria rede municipal de saúde, como, por exemplo, segue abaixo fragmento de uma entrevista realizada a um desses profissionais da SMS:

> *"Aí a gente teve um feedback muito maior depois dessa reunião com o secretário. [...]a questão do secretário de saúde. Ter 'assinado embaixo', tipo assim, elas são prioridades, né, porque até então quando você liga para um gestor e fala olha eu sou enfermeira tal que trabalha aqui,* lá elas não conseguem entender se a gente é d*a Defensoria, se é do município, elas não têm entendimento e aí a gente perdia muito tempo explicando como é que era, quem nós éramos, como é que é o trabalho. Então quando foi feito a reunião, foi tudo explicado de uma forma unificada. E aí a gente ganhou o tempo e ganhou os parceiros também do próprio município." (S2)*

Conforme citado na entrevista acima, a divulgação feita pelo secretário de saúde sobre o trabalho realizado pelo CATES, facilitou o dia a dia dos atendimentos das demandas em saúde no núcleo de primeiro atendimento da Defensoria Pública. Além disso, a expressão de que o secretário de saúde "assinou embaixo" parece ter de fato promovido um reconhecimento do arranjo institucional viabilizado pelo projeto, integrando-o à rede, sem maiores embaraços.

Este desafio de falhas de comunicação entre profissionais da própria rede municipal de saúde e não existência de espaços de divulgação sistemática acerca do trabalho desenvolvido pelo CATES, limita o potencial do projeto, de poder dar visibilidade às mazelas do sistema de saúde local. Essas falhas na comunicação puderam ser constatadas por ausência de encontros periódicos frequentes entre as equipes dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ e das SMS conveniadas. Apesar de a ocorrência de reuniões entre essas partes terem sido, diversas vezes, mencionadas, elas sempre apareciam em falas ligadas a um contexto de finalidade específica para resolver algum entrave no processo de trabalho. Não havendo, portanto, encontros freqüentes, organizados previamente de forma sistemática, de modo a serem incorporados nas rotinas das instituições envolvidas.

Encontros mais freqüentes poderiam constituir-se espaços institucionalizados de diálogos que permitissem a reflexão sobre as demandas atendidas, e os possíveis caminhos de resolutividade a serem desenvolvidos de forma mais eficiente. Este tipo de planejamento poderia favorecer inclusive o olhar da gestão para as demandas de saúde mais freqüentes cuja não resolução conduz aos processos judiciais contra o município, melhorando e instrumentalizando a gestão do SUS no nível municipal.

6 Desafios de natureza operacional da rede municipal de saúde

Um dos pressupostos que deram base a construção do presente estudo de caso é que "A heterogeneidade entre os diversos municípios, que se traduz em desigualdades no acesso aos provimentos e serviços de saúde traz à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária, e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas redes de atenção à saúde do ponto de vista municipal e regional".

Essa ideia foi corroborada nas falas dos entrevistados quando os mesmos indicaram que municípios de pequeno porte têm mais dificuldade de prover serviços de saúde e de lidar, não só com as demandas judiciais, mas com as questões inerentes à gestão do SUS, como por exemplo, em fala abaixo:

> *"É muito difícil o município poder atender. Tirando as capitais é difícil você conseguir atender todas as demandas da saúde" (D5)*

Assim como a mencionada dificuldade no atendimento das demandas em saúde dos usuários, fragilidades na gestão também foram apontadas em decorrência de ser um "município pequeno". Ou seja, há relação

direta entre a resolutividade dos atendimentos e o perfil/ a capacidade da gestão local, conforme também pode ser visto abaixo em fala de duas das entrevistadas, sendo uma Defensora de um dos municípios estudados, cujo nome do município foi substituído pela letra I, e outra entrevistada, uma das lideranças do projeto:

> *"É assim... Então, eu percebo também às vezes, uma certa... especialmente em I que é um município pequeno né mas um...um desconhecimento administrativo para os procedimentos licitatórios e de compra de medicamentos e de organização, entendeu. É... a gente... eu observo bem claramente isso também." (D13)*

> *"É muito do perfil do gestor que está à frente da pasta da saúde. Existem municípios que tinham altíssima resolutividade, trocou o gestor, caiu. E vice- versa." (D2)*

Conforme visto acima, a resolutividade alcançada pelo arranjo institucional viabilizado pelo projeto tem total correlação com o perfil do gestor. Obviamente, a capacidade estrutural e orçamentária do município também pode ser determinante para o alcance de um melhor ou mais desafiante manejo das demandas em saúde, inclusive sendo até mais determinante que o porte populacional dos mesmos, conforme visto no presente estudo.

Nesse aspecto, ressalta-se que no âmbito da coordenação federativa no Brasil, "foi montado um processo inédito de descentralização, dando status federativo aos municípios, a despeito da grande desigualdade entre eles e de a maioria deles terem baixas capacidades estatais" [20]. De acordo com Paim J. e Teixeira [21] a falta de profissionalização de gestores unida à descontinuidade administrativa e aos resultados percebidos nos serviços de saúde decorrentes do clientelismo político e interferência político partidárias, "comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira" [22].

Destaca-se ainda um conflito histórico e permanente entre a organização necessária das redes de atenção à saúde (do ponto de vista das redes típicas dos Sistemas Nacionais de Saúde públicos, universais e equânimes, como pretende ser o SUS) e a organização atual dessas redes, essencialmente federativa e municipalista [23].

Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca no elenco de recomendações relevantes para o alcance da agenda 2030, que já tem permeado grandemente os debates na área da saúde pública, a "necessidade de reduzir a fragmentação do SUS, com o aperfeiçoamento dos arranjos interfederativos, na busca de soluções que preservem a autonomia dos municípios, e, também facilitem a regionalização dos serviços [...]"[24]. Todavia, há que se ponderar que a autonomia dos municípios precisa ser desenvolvida dentro de uma perspectiva de coordenação estadual e regional, sem as quais a fragmentação do sistema poderá consequentemente, ser ainda mais profunda.

Nos municípios onde as estruturas política e econômica são desfavoráveis ao desenvolvimento de serviços de saúde eficientes e resolutivos vem se instalando uma conformação fragmentada de sistema de saúde, que em nome da autonomia municipal é definida sua própria política de gestão e de atenção à saúde, gerando iniquidades, desigualdades e comprometendo grandemente a sustentabilidade do SUS [25].

---

[20] ABRUCIO, Fernando Luiz e SYDOW, Cristina Toth. Federalismo e Governança Multinível em Regiões Metropolitanas: o caso brasileiro. *In*: CARNEIRO, J. M. B e FREY, K. (Org.) Governança Multinível e desenvolvimento regional sustentável: experiências do Brasil e da Alemanha. Oficina Municipal: escola de cidadania e gestão pública. p. 47-68. 2018, p. 48.

[21] PAIM, Jairmilson; Teixeira, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cien saúde colet*. v. 12 (sup):1819-1829, 2007.

[22] PAIM, Jairmilson.; Teixeira, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cien saúde colet*. v. 12 (sup):1819-1829, 2007, p. 1820.

[23] GOMES, Ronaldo Marques. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. out./dez. 2014; 38:103: 938-952

[24] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030*? Brasília: OPAS, 2018. ISBN: 978-92-75-72044-8. 218p. p.6.

[25] SANTOS, Lenir.; CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. SUS Brasil: A região de Saúde como caminho. *Rev. Saúde e Soc. São Paulo*, n. 24, n. 32, p. 438-446, 2015.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

Outro desafio que se pode destacar no aspecto operacional da experiência, é a rotatividade da ocupação dos cargos de gestão na rede municipal. A fala abaixo é de uma das lideranças do projeto e exemplifica um pouco esses impactos gerados pelas mudanças políticas:

> *"A gente sempre vai na troca de gestão. [...]Por conta dessa troca de gestão, que sempre é um problema, mesmo até quando já tem convênio, a troca de gestão sempre é uma questão a se trabalhar, a gente precisa refazer todos os laços, muitas vezes eles não sabem que existe o convênio. [...] Tem municípios que, por exemplo, troca a gestão, retira o corpo técnico. [...]. Outros são extremamente técnicos, já tem sua equipe, troca a gestão mas a equipe permanece."(D2)*

Conforme se pode perceber, o perfil do município é variável, mas existe essa tendência a não continuidade dos processos instituídos na gestão anterior. Dentre eles, a continuidade do próprio convênio fica suscetível, fazendo-se necessário o deslocamento da equipe da liderança do projeto para esses municípios periodicamente para reestabelecimento de parcerias e garantia da continuidade da experiência.

Em corroboração à essa ideia, Mello et al.[26] destacam enquanto resultados empíricos de sua revisão sistemática sobre regionalização do SUS, a presença da alta rotatividade de gestores que resultam em uma descontinuidade política, além de apontar a fragilidade técnica como um ponto de vulnerabilidade no âmbito das secretarias municipais de saúde. Do ponto de vista do caso em análise, essa situação contribui para a manutenção da fragmentação do sistema, dificulta a continuidade de medidas capazes de mitigar os efeitos da judicialização da saúde ou mesmo reduzi-la, além de prejudicar os diálogos institucionais, trazendo a necessidade de repactuações ou interrompendo importantes parcerias e canais de comunicação, que acabam precisando ser reestabelecidos, implicando em perdas nem sempre recuperáveis.

Além disso, há uma questão mais ampla, ainda no âmbito dos recursos humanos, que diz respeito às dificuldades dos usuários do SUS na obtenção correta das informações com os profissionais sobre o funcionamento da rede pública de saúde em seu município, que pode resultar de processos comunicativos deficientes da própria rede de atenção à saúde, se constitui também em um importante desafio para a experiência analisada.

Por exemplo, foi constatado que há demandas que se dirigem para a Defensoria, mesmo para aqueles serviços/ produtos de saúde que são fornecidos pelo município. E isso também é mencionado em fala de outro entrevistado que também faz alusão a desinformação dos usuários nesse aspecto:

> *"Muita das vezes é questão de informação. A pessoa sequer foi ao órgão do qual ... porque também, talvez não houve essa orientação. Talvez algo que podia ser melhor implementado, né, ver ali já dentro dos pólos de atendimento médico, se já tivesse acesso ao sistema do SISREG, já fazer a inscrição na fila, dar uma perspectiva de tempo, é e não... Porque a pessoa fica completamente perdida!" (D4)*

Como visto, as entrevistas apontaram para a existência de dificuldades dos usuários do SUS na obtenção correta das informações sobre o funcionamento da rede pública de saúde em seu próprio município. Esse desafio acaba resultando, muitas vezes, no fato de a população agir como se compreendesse que a Defensoria Pública fosse em si mesma uma porta de entrada do SUS.

Cabe aqui ressaltar que são efetivamente nas práticas sociais onde espera-se encontrar a efetivação do direito a saúde no seu estado de "normalidade", pois a normalidade dessa efetivação é essencialmente forjada no campo da política, intervindo o Direito apenas quando necessário à sua manutenção[27]. Nesse sentido;

> Ora, os direitos públicos se efetivam pela atividade político-administrativa, isto é, pela gestão. Esta percepção fundamental da função social do direito denuncia a imensa ingenuidade de supor que é possível efetivar uma política pública pela via judicial.O único caminho de efetivação é o caminho da

[26] MELLO, Guilherme Arantes *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4,p. 1291-1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Acesso em: 08 set. 2020.

[27] BISOL, Jair.; REY FILHO, Moacyr. Por que uma teoria geral do direito Sanitário? *In*: ALVES, S. M. C.; LEMOS, A. N. L. E. (Org.). *Direito Sanitário*: coletânea em homenagem à Prof.ª Dra. Maria Célia Delduque. 1. Ed. São Paulo: Matrioska Editora, p.3-20, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/LIVRO_PDF_Direito_Sanitario_digital_link_ajustado-1.pdf>. Acesso em: Acesso em: 14 fev. 2021

> gestão, que se realiza no plano político-administrativo. Se a política pública de saúde enfrenta imensos desafios no âmbito de seu financiamento, da definição de modelos de gestão, da incorporação de tecnologias, da definição de um modelo de atenção, dentre tantos outros, as respostas que precisamos para superá-los estão exclusivamente no campo político – e não judicial[28].

Portanto, defende-se que a Defensoria Pública é um caminho a ser trilhado quando há falhas nas portas de entrada do sistema, ou quando ao passar pela porta de entrada, o usuário se depara com outros entraves que impossibilitam a garantia dos seus direitos. Mas ela não é, ou ao menos não deveria ser uma porta de entrada para o SUS. Nessa vertente há duas explicações que não necessariamente se anulam, mas que podem coexistir no sentido de contribuir para sustentar essa situação:

1- Há de fato uma visão tutelar do Estado por parte dos cidadãos onde os usuários vêem na via judicial a melhor forma de garantia dos seus direitos, contribuindo para a sustentação da ideia do Estado como pólo ativo e a sociedade como pólo passivo na sociedade brasileira.

2- Há uma falta de informações adequadas ou limitações de comunicação generalizadas (tanto entre usuários quanto dos profissionais do SUS) que alimentam a busca por um "pólo salvador" que resolva todas as suas necessidades de saúde.

Também corrobora para esse entendimento, o estudo de Souza [29], fruto da pesquisa bibliográfica realizada, quando aponta dois fatores como os que contribuem para busca de indivíduos pela Defensoria, no sentido da resolução de demandas em saúde: "1. Desconhecimento sobre o local adequado para atendimento de suas demandas de saúde; 2. Falta de orientação do médico sobre onde conseguir o atendimento".

Nesse aspecto, é destacado acerca das redes de atenção à saúde, que:

> Mais precisamente, ao longo de seus 25 anos as RAS do SUS tornaram-se uma organização 'teratológica', porque composta por milhares de partes que, na essência, obedecem cada uma a um 'cérebro' diferente. Esta 'conta' inclui, além dos milhares de seus gestores federativos, os milhares de gestores 'técnicos' de suas unidades operacionais próprias, conveniadas e contratadas. Por essas razões, devido à sua Organização Atual, as redes do SUS são instáveis, incompletas, desintegradas e congenitamente frágeis, sujeitas a todo o tipo de carências e ataques, e, por isso, se constituíram em um sistema de saúde pobre para os pobres [...] [30].

Tomando por base a reflexão proposta pelo autor acima, cabe salientar o quão urgente são iniciativas potencialmente favorecedoras de maior integração dos processos de gestão do SUS nas três esferas de governo, e quão igualmente urgente é o desenvolvimento de mecanismos capazes de garantir fluxos operacionais coerentes e transparentes, que dêem conta das demandas dos usuários.

7 Considerações finais

A experiência do Projeto Construindo o SUS com a DPERJ pode se configurar em uma oferta de caminhos que privilegiem vias mais diretas entre o usuário e o sistema de saúde, pois aponta para uma lógica que prioriza a verificação da existência e situação de operação da política pública prevista para o atendimento da

[28] BISOL, J.; REY FILHO, M. Por que uma teoria geral do direito Sanitário? *In*: ALVES, S. M. C.; LEMOS, A. N. L. E. (Org.). *Direito Sanitário*: coletânea em homenagem à Prof.ª Dra. Maria Célia Delduque. 1. Ed. São Paulo: Matrioska Editora, p.3-20, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/LIVRO_PDF_Direito_Sanitario_digital_link_ajustado-1.pdf>. Acesso em: Acesso em: 14 fev. 2021, p.10.

[29] SOUZA, Anderson Monteiro de. *A Atuação em Rede de Instituições Governamentais na Resolução de Conflitos sobre Demandas Sanitárias no Rio de Janeiro.* Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2016, p. 41.

[30] GOMES, Ronaldo Marques. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. out./dez. v. 38, n. 103, p. 938-952, 2014, p. 944.

demanda pleiteada, intervindo sempre que necessário, e apenas quando necessário, com o encaminhamento ao ajuizamento de ações.

Uma limitação do estudo foi o fato da coleta de dados ter ocorrido no período pandêmico de COVID-19, dificultando o contato presencial com os participantes da pesquisa, além de envolver municípios geograficamente distantes e por uma única pesquisadora. Sabe-se que a observação *in loco* do funcionamento do projeto analisado poderia favorecer outras percepções e análises.

A pesquisa mostrou que além da necessidade clara de divulgação do convênio para dentro da própria rede de atenção à saúde nos municípios conveniados, a promoção de espaços de reuniões frequentes entre as equipes da DP e da gestão pública municipal poderia trazer resultados positivos do ponto de vista do aprimoramento da política pública de saúde no nível local.

Também chamou atenção a necessidade da criação de mecanismos que favoreçam a transparência do funcionamento da rede de atenção à saúde para os próprios usuários do SUS. Os fluxos de encaminhamentos, obtenção de medicamentos, agendamento de exames, e, tudo que envolve o atendimento dos usuários, precisa ser transformado em informação amplamente divulgada, capilarizada junto à população e aos próprios profissionais da rede.

Os desafios apresentados como sendo da experiência em si, são na verdade, apenas reflexos de fragilidades estruturais da consolidação do SUS enquanto política pública no país. Afinal, deficiências nos processos comunicativos entre profissionais e usuários, gestão e assistência, Poder Executivo, Instituições Jurídicas e Poder Judiciário, além de: redes de atenção à saúde que operam de forma desintegrada, usuários desinformados acerca dos fluxos dos serviços, cargos de gestão pública vulneráveis às mudanças político-partidárias, heterogeneidade na capacidade de gestão municipal e déficit de recursos humanos, são apenas exemplos de alguns dos grandes desafios postos para o nosso Sistema de Saúde. Tanto em termos operacionais do dia a dia dos cenários de práticas de cuidado e gestão em saúde, quanto no sentido da consolidação da política pública de saúde.

Nesse aspecto, novas pesquisas que olhem para outro perfil de municípios ou outras experiências de diálogos institucionais entre instituições jurídicas e poder executivo, podem revelar outros desafios não levantados no presente estudo.

Por fim, considera-se que a experiência que constitui objeto da presente pesquisa tem potencial de trazer por meio do arranjo por ela proposto, uma racionalidade que permite a identificação de mau funcionamento de algum fluxo, protocolo ou dispositivo das RAS, podendo trazer a luz alguns dos entraves no acesso ao direito à saúde pela população, através da promoção de diálogo institucional entre a DP e a gestão do SUS.

Defende-se que é essencial que a judicialização, deixe de ser vista como um "mal a ser combatido ou exterminado", e passe a ser encarada como parte dos processos. Parte dos processos de gestão do sistema de saúde. Parte dos processos que envolvem o cotidiano da administração pública hoje. Parte de um caminho por vezes inevitável que pode culminar na efetivação do direito à saúde do cidadão. Parte das relações entre o Estado e a sociedade num contexto democrático. Porque em muitos momentos, o contexto democrático precisa acomodar o contraditório, e o ambíguo. O que se deve buscar são os meios de evidenciar a potencialidade que há nessas relações, de modo que a judicialização possa ser transformada em uma ferramenta que aponte os desafios estruturais da consolidação do SUS que precisam ser enfrentados.

Agradecimentos

Ao Prof.º Dr. [Removido para não identificação de autoria], pela orientação ao longo da trajetória de construção da Tese que originou o presente estudo.

Referências

ABRUCIO, Fernando Luiz e SYDOW, Cristina Toth. Federalismo e Governança Multinível em Regiões Metropolitanas: o caso brasileiro. *In*: CARNEIRO, J. M. B e FREY, K. (Org.) Governança Multinível e desenvolvimento regional sustentável: experiências do Brasil e da Alemanha. Oficina Municipal: escola de cidadania e gestão pública. p. 47-68. 2018

ABRUCIO, Fernando Luiz; PEDROTI, Paula; PÓ, Marcos Vinícius. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado as reformas administrativas. *In*: LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz.; PACHECO, Regina Silvia. (Org.). *Burocracia e Política no Brasil*: Desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: FGV, p. 27-71, 2010.

AMARAL, Marcia A. Conversações para a ação: um desafio a superar para o fortalecimento do SUS. *In*: *Coletânea direito à saúde*: Boas práticas e diálogos institucionais. Brasília: CONASS. 2018; 3: 12- 21.

ARAÚJO, Carmen Emmanuely Leitão, GONÇALVES, Guilherme Quaresma, MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações.*Ciênc. saúde colet*. v. 22, n. 3, p. 953-963. mar 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n3/953-963>. Acesso em 06 set.2021.

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, 2010a. 206 p.

ASENSI, Felipe Dutra.; Pinheiro, Roseni. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *Rev. Dir. sanit*. [online]. 2016; 17:2: 48-65. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836089>. Acesso em: 09 jan. 2020.

BISOL, Jairo; REY FILHO, Moacyr. Por que uma teoria geral do direito Sanitário? *In*: ALVES, S. M. C.; LEMOS, A. N. L. E. (Org.). *Direito Sanitário*: coletânea em homenagem à Prof.ª Dra. Maria Célia Delduque. 1. Ed. São Paulo: Matrioska Editora, p.3-20, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/LIVRO_PDF_Direito_Sanitario_digital_link_ajustado-1.pdf>. Acesso em: Acesso em: 14 fev. 2021

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde. Editorial. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 317-318, jul./set. 2012a. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2012.v36n94/317-318/pt/>. Acesso em: 16 set. 2021.

GOMES, Ronaldo Marques. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. out./dez. 2014; 38:103: 938-952.

MACHADO, Felipe Rangel; Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francini Lube. Direito à saúde e Integralidade no SUS: o Exercício da Cidadania e o papel do Ministério Público. *In*: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo. (Org.) *Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2 ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010: 49-65.

MARIANO, Cynara Monteiro *et al*. Diálogos Sanitários Interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Rev. de Investigações Constitucionais*. Curitiba, v. 5, p. 169-188, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/issue/view/2499/showToc>. Acesso em: 28 jan. 2020

MELLO, Guilherme Arantes. *et al*. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4,p. 1291-1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Acesso em: 08 set. 2020.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; Mendes, Antonio da Cruz Gouveia; Silva, Ana Lúcia Andrade. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasilei-

ro. *Rev. Saúde e Soc.* [online]. v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200329>. Acesso em: 09 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030*? Brasília: OPAS, 2018. ISBN: 978-92-75-72044-8. 218p.

PAIM, Jairmilson. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. [online]. v. 23, n.6, p.1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 09 jan. 2020.

PAIM, Jairmilson; Teixeira, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cien saúde colet*. 2007; 12 (sup):1819-1829.

RIO DE JANEIRO (Estado). Relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde – CRLS INTERIOR. Rio de Janeiro, Ago. 2021.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios Políticos para a consolidação do Sistema único de Saúde: uma abordagem histórica. *Rev. História, Ciências, Saúde- Manguinhos* [online]. v. 21, p. 37-59, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/YnxwrTDRKx45n3JHJ9n3mzf/?lang=pt >. Acesso em: 9 fev. 2023.

SANTOS, Lenir.; CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. SUS Brasil: A região de Saúde como caminho. *Rev. Saúde e Soc. São Paulo*, n. 24, n. 32, p. 438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnyCNndj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

SOUZA, Anderson Monteiro de. *A Atuação em Rede de Instituições Governamentais na Resolução de Conflitos sobre Demandas Sanitárias no Rio de Janeiro.* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2016.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Tematicas, Campinas, SP. 2014; 22: 44: 203–220,. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 12 ago. 2022.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico www.rbpp.uniceub.br
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.