

Governança em Rede nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Desafios e Constrangimentos na Microrregião dos Campos das Vertentes, no Estado de Minas Gerais

Dissertação de Mestrado

Luana Katrina dos Santos

Mestrado em

Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais



Ponta Delgada
2023

Governança em Rede nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Desafios e Constrangimentos na Microrregião dos Campos das Vertentes, no Estado de Minas Gerais

Dissertação de Mestrado

Luana Katrina dos Santos

Orientador

Professor Doutor Eduardo José da Silva Tomé Marques

Dissertação de Mestrado submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais



RESUMO

A Governança em Redes é uma realidade praticada com sucesso na esfera organizacional e vem sendo implantada nos órgãos públicos nos últimos anos, designadamente no Brasil. Essa forma de governança pública vem se intensificando no país, tanto a nível governamental, como envolvendo Stakeholders privados. As políticas públicas de saúde são um típico exemplo dessa forma de gestão. Todavia, a efetividade dessa execução enfrenta desafios e diversos problemas, como pôde ser verificado na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil. O presente trabalho, baseado em metodologia eminentemente qualitativa, procura demonstrar, através da análise de questionários, sites oficiais de entes públicos, bem como jurisprudências, a inefetividade da governança em redes na execução das políticas públicas de saúde nessa microrregião, e, conseqüentemente, a necessidade de melhorias nessa forma de gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Governança. Redes. Saúde. Brasil. Inefetividade.

ABSTRACT

Governance in Networks is a reality successfully practiced in the organizational sphere and has been implemented in public bodies in recent years, namely in Brazil. This form of public governance has been intensifying in the country, both at the government level and involving private stakeholders. Public health policies are a typical example of this form of management. However, the effectiveness of this execution faces challenges and several problems, as can be seen in the Microregion of Campos das Vertentes, State of Minas Gerais, Brazil. This work, based on an eminently qualitative methodology, seeks to demonstrate, through the analysis of questionnaires, official websites of public entities, as well as jurisprudence, the ineffectiveness of governance in networks in the execution of public health policies in this micro-region, and, consequently, the need for improvements in this form of management.

KEYWORDS: Governance. Networks. Health. Brazil. Ineffectiveness.

AGRADECIMENTOS

A meu Professor Orientador, Sr. Eduardo José da Silva Tomé Marques, obrigada pela atenção, disponibilidade e transmissão de seus conhecimentos na elaboração da presente dissertação.

À minha mãe Rosângela dos Santos, que, com seus parcos recursos, sempre foi exigente quanto aos meus estudos, me proporcionando os meios de que dispunha para me tornar quem eu sou, e que, juntamente com minha filha Helóra Suêva Santos Costa e minha irmã Úrsula Scarlatt Aparecida Santos Silva, sempre me incentivou na busca deste sonho e de tantos outros.

A meu marido Denilson José da Silveira, que com seu amor, carinho, compreensão, colaboração em outras tarefas, sempre me deu incentivo e apoio para me dedicar na elaboração da presente dissertação, me encorajando, ainda, a galgar novos títulos após sua conclusão.

A meu ex-marido Luciano Magno da Costa, que me deu apoio na época da faculdade, e, sempre me incentivou a nunca desistir de buscar a realização desse sonho.

Aos participantes da pesquisa, obrigada pela disponibilidade de participação, pois a mesma foi primordial em várias conclusões do presente trabalho.

Aos demais familiares, amigos, colegas de trabalho e de classe, agradeço a motivação e solidariedade para encarar os desafios que surgiram na presente empreitada.

Enfim, a todos os que participaram na concretização e conquista de mais uma etapa de minha vida, o meu muito obrigada!

ABREVIATURAS

A – Atende

AMVER – Associação Microrregião dos campos das Vertentes

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP – Atende em partes

AV – Alfredo Vasconcelos

BAR – Barroso

CAR – Carrancas

CBM – Conceição da Barra de Minas

CISVER – Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes

CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Estaduais)

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CXC – Coronel Xavier Chaves

DC – Dores de Campos

EP – Em partes

IBI – Ibituruna

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ITU – Itutinga

LDOU – Lagoa Dourada

MDM – Madre de Deus de Minas

NA – Não atende

NAZ – Nazareno

PRA – Prados

RAP – Revista de Administração Pública

RC – Resende Costa

RIT – Ritópolis

SCM – Santa Cruz de Minas

SJDR – São João Del Rei

STG – São Tiago

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

SVM – São Vicente de Minas

TIR – Tiradentes

TJMG – Tribunal de Justiça de Minas Gerais

TJRS – Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

TCEMG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais

Índice

Introdução.....	12
PARTE I.....	16
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
Capítulo I - Governança em Redes e sua Aplicabilidade na Esfera Pública	17
1.1 Governança em Redes – Origens	17
1.2 Governança em Redes na Esfera Pública	19
1.3 Governança em Redes e suas Barreiras	23
Capítulo II - Direito à Saúde e Execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil	26
2.1 Direito à Saúde no Brasil	26
2.2 Execução das Políticas das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil	27
2.3 Da ineficiência da execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil	29
PARTE II.....	32
DO ESTUDO EMPÍRICO.....	32
Capítulo III – Metodologia.....	33
3.1 Do Contexto e Problematização.....	33
3.2 Questões de Investigação.....	34
3.3 Objetivos.....	34
3.4 Hipóteses.....	34
3.5 População Amostra	35
3.6 Instrumentos.....	36
3.7 Procedimentos éticos	38
Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados	40
4.1 Da Ineficiência da Execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil	42

4.1.1 – <i>Problemas Institucionais - decisões judiciais que não observam as regras constitucionais e legais de hierarquia e divisão de competências em saúde</i>	43
4.1.2 – <i>Dos Problemas Operacionais na Execução de Políticas Públicas de Saúde em Rede</i>	56
4.1.2.1 <i>Da Estruturas e Instrumentos de Coordenação Efetivos</i>	56
4.1.2.2 <i>Do Capital Social e Comunicação entre os Atores</i>	59
4.1.2.3 <i>Da Sustentabilidade</i>	74
4.1.2.4 <i>Da Institucionalização</i>	76
4.1.2.5 <i>Da Informação</i>	77
4.1.2.6 <i>Da Capacitação dos Atores</i>	78
4.1.3 <i>Dos Problemas Políticos – Da Insuficiência do Orçamento e da Disponibilidade Financeira destinados pelos Entes Públicos à Saúde, que demonstram a Falta de Planejamento dos vários Entes Públicos em Matéria de Saúde</i>	80
PARTE III	84
CONCLUSÃO	84
Conclusão	85
Referências Bibliográficas.....	96
Apêndice A	102
Questionário Aplicado aos Secretários Municipais de Saúde	102
Apêndice B	104
Questionário Aplicado aos Advogados.....	104
Apêndice C	106
Questionário Aplicado aos Juízes	106
Apêndice D	107
Questionário Aplicado aos Funcionários da AMVER.....	107
Apêndice E	111
Questionário Aplicado à Secretaria Executiva do CISVER	111

Apêndice F..... 114

 Lista de Site Oficial/Links da População Amostra 114

Anexo 1 Jurisprudências Seleccionadas..... 115

Índice de Figuras

Figura 1 - Gastos com Sentença em Saúde 80

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Existência da Carta de Serviços	65
Tabela 2 - Atendimento do art. 6º, VI da Lei 13.460	66
Tabela 3 - Atendimento ao art. 7º, § 2º da Lei 13.460	67
Tabela 4 - Atendimento ao art. 7º, § 3º da Lei 13.460	68
Tabela 5 - Existência de Informações sobre as Políticas de Saúde em Redes no Site dos Municípios	68
Tabela 6 - Informações sobre Gestão em Redes de Saúde	70

Índice de Apêndices

Apêndice A - Questionário aplicado aos Secretários Municipais de Saúde.....	102
Apêndice B - Questionário aplicado aos Advogados Públicos	104
Apêndice C - Questionário aplicado aos Juízes.....	106
Apêndice D - Questionário aplicado aos Funcionários da AMVER.....	107
Apêndice E - Questionário aplicado a Secretária Executiva do CISVER.....	111
Apêndice F - Lista de Site Oficial/Link da População Amostra	114

Índice de Anexos

Anexo 1 - Jurisprudências selecionadas 115

Introdução

O modelo tradicional hierárquico de gestão pública, onde impera uma forma unilateral de tomada de decisões, que não conta, portanto, com a participação de outros atores, passou à não propiciar aos governos condições de produção de mais valor público, surgindo a necessidade de se buscar formas de gestão mais eficazes, como a em rede, que permite melhor consecução das atividades (Goldsmith & Eggers, 2004). Com tal forma de gestão, buscou-se mais eficiência na condução da máquina administrativa, bem como aproximação do cidadão na gestão pública, que sai de um papel passivo de mero escolhedor de seus representantes, para um mais ativo, que participa da formulação das políticas públicas.

A governança em redes, muito praticada na esfera organizacional, que sempre busca, com maior facilidade, modernizar suas formas de gestão, objetivando eficiência no atingimento de resultados, é uma realidade que vem se difundido na esfera pública nos últimos anos, em especial a partir da década de 80, sendo ponto chave da reforma da Administração Pública (Goldsmith & Eggers, 2004). Com essa forma de gestão, o Estado passa a se relacionar com outros atores para melhor prestação de serviços públicos, de modo a acompanhar, de forma mais eficaz, as contínuas mudanças da vida social.

No Brasil, essa forma de gestão já se encontra presente entre os atores institucionais já há alguns anos, pelo menos a nível teórico, com a previsão legal de execução de várias políticas públicas em rede, envolvendo as três esferas de governo, quais sejam, federal, estadual e municipal. Já com atuação de stakeholders privados, a governança em redes é uma realidade mais nova, mas que vem se desenvolvendo e se intensificando, cada dia mais, nos últimos anos.

Apesar das vantagens que a governança em redes apresenta, a mesma vem acompanhada de diversos desafios, tais como a superação dos conflitos de convivência dessa forma de gestão com a anterior, necessidade de garantia de proteção dos interesses públicos e privados, falhas de coordenação, de comunicação, de pessoal suficiente e capacitado, dentre outros.

A saúde é um típico exemplo de políticas públicas executadas em rede, dada sua grande complexidade, consistente na infinidade de doenças, alta demanda de atendimento e elevados custos para resolução dos problemas. Tal quadro enseja a busca constante de soluções rápidas para o atingimento eficaz de seus objetivos, tais como o envolvimento integrado e sistêmico de vários atores, públicos e privados (Magalhães, 2018).

Seguindo a regra geral, a governança em redes na saúde, em especial com atores privados, ainda é nova, e, esbarra, com frequência, em diversos obstáculos, de ordem institucional, político ou mesmo operacional, que impedem o pleno e satisfatório alcance dos

objetivos perquiridos ou sobrecarregam um ator em detrimento dos demais, notadamente os municípios, que, no caso brasileiro, é o ente mais carente da federação,¹ prejudicando, por consequente, a execução de outras políticas/áreas públicas não envolvidas nessa gestão (Correia, Mendes & Bilhim, 2019).

Como problema institucional, cita-se a colisão entre os Poderes da República² no que tange à garantia do direito à saúde. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988) garante tal direito aos cidadãos, através da atuação em rede e hierarquizada dos entes públicos, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e, para tanto, foi editada a Lei 8.080 (1990). Contudo, o que se verificava na maioria das decisões judiciais, até um passado recente, 2019, eram decisões que primavam pela solidariedade³ entre os entes públicos, não preservando, portanto, essa forma de gestão em redes, já que impelia determinadas obrigações a entes incompetentes, notadamente os municípios, polo mais frágil da federação, gerando, consequentemente, desequilíbrio orçamentário desses entes. Tal quadro teve uma modificação significativa com a decisão a proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no Tema de Repercussão Geral⁴ 0793, no qual, apesar de continuar reconhecendo a solidariedade dos entes públicos, definiu que as decisões passassem a prever o ressarcimento ao ente que suportar a condenação (Supremo Tribunal Federal, 2022).

No aspecto operacional, a gestão em redes fica prejudicada por vários fatores, tanto humanos, como operacionais, podendo-se citar: dificuldade de interação em redes, insustentabilidade das ações planejadas, ausência de estrutura, instrumentos de coordenação eficientes, informações ou seus fluxos tempestivos, proliferação de normas, muitas vezes até conflitantes, falta de capacitação dos envolvidos para atuação em redes, falta de transparência adequada das políticas públicas, dentre outros (Junior & Shimizu, 2017; Viana, Bousquat, Melo, Filho & Medina, 2018; Correia et al., 2019; Leal & Maas, 2020).

Já sob o aspecto político, pode-se dizer que a governança em redes na área da saúde fica prejudicada pela insuficiência orçamentária e disponibilidade financeira que os entes públicos

¹ Forma de divisão do Estado adotada pelo Brasil - art. 1º e 18 da Constituição Federal Brasileira. O poder é dividido entre União, Estado, Distrito Federal e Municípios. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

² De acordo com art. 2º da Constituição Federal, o Brasil possui os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

³ Uma prestação/obrigação pode ser exigida de vários devedores, no caso, os entes públicos.

⁴ Trata-se de instrumento processual que permite à Corte Suprema de Justiça do Brasil, qual seja, Supremo Tribunal Federal, analisar questões de relevância jurídica, política, social ou econômica, e, a conclusão dessa decisão ser aplicada a casos análogos posteriormente, pelas instâncias inferiores. (Supremo Tribunal Federal, 2022).

direcionam à saúde. Essa previsão deficitária tanto da despesa como da receita pública dificulta na execução de quaisquer políticas públicas, notadamente a da saúde, que necessita de uma execução conjunta pelas três esferas de governo.

O objetivo principal deste estudo foi demonstrar que as políticas públicas de saúde em redes na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil, não são efetivas, haja vista problemas institucionais, operacionais e políticos, que precisam ser melhorados para obtenção de uma gestão eficiente. Para tanto, utilizou-se uma amostra de 19 municípios que compõe a Associação da Microrregião dos Campos das Vertentes (AMVER, n.d.), ouvindo os advogados e secretários municipais de saúde, bem como os juízes que possuem jurisdição nesses municípios, para averiguar a percepção dos mesmos sobre o direito à saúde e gestão em rede das políticas públicas de saúde na circunscrição dos respectivos municípios. Ante a baixa participação do grupo dos secretários de saúde e juízes, foi necessário buscar informações com a Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes, consórcio público (Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes [CISVER], n.d.a), que congrega a maioria dos municípios associados à AMVER (CISVER, n.d.b), e, participa do dia-a-dia de trabalho desses servidores municipais, diretamente na área da saúde, bem como junto aos próprios funcionários da AMVER, que auxiliam os municípios em diversas áreas, inclusive na da saúde.

O trabalho de investigação em questão encontra-se dividido em três partes. Na primeira aborda-se o enquadramento teórico, de modo a se contextualizar as variáveis em estudo, o que foi feita nos capítulos 1 e 2, tendo-se utilizados 17 documentos, dentre artigos e livros sobre o tema. Procurou-se limitar a busca aos últimos cinco anos. Todavia, aumentou-se o âmbito temporal, ante a não localização suficiente e pertinente de materiais para execução do presente trabalho. No capítulo 1 aborda-se o conceito de governança em redes e sua aplicabilidade na esfera pública, iniciando com as origens desses conceitos na esfera privada e finalizando com as barreiras para sua aplicação, notadamente na seara pública. No capítulo 2 faz-se um panorama sobre o direito à saúde e a execução das políticas públicas de saúde em redes no Brasil, iniciando com os fundamentos constitucionais e legais desse direito, passando por sua execução em redes e concluindo com os problemas que essa forma de gestão enfrenta.

A segunda parte aborda o estudo empírico em si, sendo composta dos capítulos 3 e 4. No capítulo 3 descreve-se a metodologia empregada, as questões de investigação, objetivos e definição das hipóteses. Também foi explicitado nesse capítulo o método de investigação, a

amostra, os instrumentos e os procedimentos. Já no capítulo 4 descreveu-se e discutiu-se os resultados obtidos, bem como a limitação do objeto de estudo.

A terceira parte, por sua vez, constitui-se na apresentação das principais conclusões constatadas sobre o tema em discussão, contendo, ainda, alguns pontos de partida, com sugestões para futuros estudos.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I - Governança em Redes e sua Aplicabilidade na Esfera Pública

1.1 Governança em Redes – Origens

A complexidade dos processos das organizações, bem como do ambiente em que estão inseridos, propicia a necessidade de uma governança efetiva para uma colaboração que vá além da seara interna dos setores e a até mesmo das próprias organizações, isso objetivando vantagens na competição e do cenário atual de impossibilidade de se alcançar os objetivos atuando de forma individual, como destacado por Correia et al. (2019), em trabalho intitulado “As Redes de Colaboração como Fator Inovador na Implementação de Políticas Públicas. Um Enquadramento Teórico com base na Nova Governança Pública”. Ante essa complexidade, surge a ideia de governança em rede, como resposta para ultrapassar uma intervenção fragmentada ao nível das organizações.

O termo governança não apresenta unicidade em sua definição, como apontado por Carnaúba, Boaventura, Telles e Rezende (2012), no estudo intitulado “Governança de Redes Interorganizacionais”. Segundo os autores, na perspectiva mercantil a governança pode ser definida como sendo meio para que uma ordem chegue a atores distintos, em uma incompleta relação contratual, eliminando eventuais conflitos, para alcançar ganhos comuns. Pode ser definida, também, como relações informais, estabelecidas em agrupamentos interorganizacionais, mediante ligações estruturais e laços formais, obtidos mediante contratos e normas.

Para Rhodes (1996), apesar do termo governança possuir muitos significados, o que melhor se adequaria seria o de que elas são redes interorganizacionais auto organizadas, que possuem interdependência entre si, compartilhando recursos na busca de objetivos comuns, em um ambiente de confiança, devido a regras pré-estabelecidas, e, como autonomia em relação ao Estado.

Da mesma forma acontece com o termo “redes”, que apesar de seu grande desenvolvimento nas últimas décadas, ainda não está consolidado, podendo ser extraído a partir de duas bases teóricas, uma com enfoque econômico e outra sociológico, como destacado por Carnaúba et al. (2012). Ressalta-se que tal conceito ganhou força nos idos de 1980 e 1990, com o crescente aumento dos níveis de competição dos mercados e a explosão tecnológica dos últimos anos, que reclamaram novas formas de produção e distribuição, com características mais flexíveis e dissociadas, como aponta Nohria (1992), citada por Carnaúba et al. (2012).

Na perspectiva econômica, embasada na teoria dos custos de transação, realça-se a relação entre a governança econômica e as transações entre associações, sendo as redes entendidas como arranjo interorganizacional heterogêneo, que fica entre o mercado, flexível e sem controle, e a integração vertical, com flexibilidade limitada e mecanismos de controle mais presentes. Tal teoria permite a compreensão de como as organizações escolhem seus arranjos produtivos, em virtude da característica das transações envolvidas. A forma mais eficiente tende a reduzir custos, se prolongando no tempo. Já sob a perspectiva teórica sociológica, verifica-se que as relações sociais definidas pelos autores ou participantes influenciam as relações interorganizacionais. As redes devem ser analisadas, portanto, levando em conta a posição e os laços entre os participantes, já que os mesmos tendem a influenciar os fluxos de transação que forem estabelecidos nas redes. Apesar das diferenças entre os citados eixos teóricos, verificam-se estudos que buscam possibilidades alternativas de ligação entre os mesmos, como se extrai de Williamson (1985, 1996), Menard (2004), Dyer e Chu (2003), citados em Carnaúba et al. (2012).

Lopes e Baldi (2009), no estudo denominado “Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições”, objetivaram abordar as diferentes dimensões das redes, seu desenvolvimento, distinções e inter-relações, destacando as mesmas sob um enfoque da perspectiva de análise e como estrutura de governança. Para os autores, a diferenciação desses enfoques é importante, pois se levar em conta as redes apenas como estruturas de governança, que muito se assemelha a outras opções estruturais, como a verticalização ou terceirização de atividades, seria impossível afirmar que as mesmas seriam capazes, por si só, de produzirem desenvolvimento ou ter desempenho econômico melhorado. As redes não podem ser compreendidas somente levando em conta a racionalização e aumento de recursos, redução de custos e velocidade de ingresso em determinado mercado, mas segundo Lopes e Baldi (2009), é necessária uma compreensão dos atores, quais recursos dispõe, a posição que ocupam e os objetivos pretendidos com essas redes.

Lopes e Baldi (2009) destacam que as redes, como estrutura de governança, cujas teorias dominantes priorizam mais o viés econômico, podem ser consideradas como instrumentos de formação de resultados organizacionais, otimização de processos de trocas, conforme ajustes contratuais ou parcerias. Nesse aspecto, a cooperação entre os indivíduos não é condescendente, objetivando apenas os lucros individuais. De encontro a tal pensamento, há a matriz contemporânea, que prioriza como mecanismos centrais de coordenação a reciprocidade,

confiança e reputação, onde os resultados decorrem de ações coletivas realizadas por negociações de indivíduos autônomos.

O emprego das redes sob uma perspectiva analítica leva a uma melhor compreensão da formação, desenvolvimento e resultados que uma rede pode produzir, bem como conclui pela limitação de resultados para alguns atores, em virtude da posição que os mesmos ocupam nas redes ou pela natureza dos conteúdos trocados (Lopes & Baldi, 2009). Segundo esses autores, os estudos sob tal aspecto são marcados pela incompreensão da constituição e alteração das redes, bem como da influência que a diversidade de relacionamentos entre os envolvidos tem sobre os resultados e tipos de trocas.

Em suas conclusões, Lopes e Baldi (2009) destacam que a complexidade de um ambiente demanda organizações dinâmicas, possuindo as redes um papel importantíssimo na estrutura de governança das mesmas, já que objetivam racionalizar e aumentar recursos, redução de custos e tempo, etc. Uma rede tem que ser analisada considerando sua concepção, seus propósitos, sua extensão, os recursos e atores envolvidos, não podendo ser considerada, isoladamente, apenas como sinônimo de benefícios, como eficiência, inovação e desenvolvimento, como apontam os autores em questão.

Segundo Carnauba et al. (2012), a governança em redes apresenta os seguintes papéis: de coordenação e controle das transações realizadas entre firmas diferentes; cooperação dos participantes envolvidos nessas transações; e adaptação dos mesmos com relação ao novo ambiente instaurado, qual seja, de redes. Ela se realiza, por instrumentos formais ou sociais, tendo por estrutura a hierarquia, autonomia, processos de decisão e escolha dos participantes, sendo as relações de poder e influência sobre os participantes o espelho da estrutura e dinâmica dessa governança, como destacado pelos citados autores.

A governança em redes pode ser conceituada, portanto, como o processo que objetiva coordenar e controlar transações interorganizacionais, fomentando a cooperação e adaptações da rede, mediante uma estrutura com hierarquia, seleção de participantes, autonomia e processos decisórios (Carnauba et al., 2012).

1.2 Governança em Redes na Esfera Pública

Do estudo de Magalhães (2018), intitulado como “Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades”, que teve por objetivo analisar os instrumentos de governança para promoção da saúde, pôde-se extrair que as

demandas sociais são complexas e exigem da Administração Pública a busca por constantes inovações.

Na visão de Bevir (2005), citado em Magalhães (2018), o modelo de gestão hierárquico, onde impera um modelo unilateral de decisões sobre políticas públicas, tornou-se insuficiente ao longo dos anos, reclamando a busca de novas formas de gestão, como a em redes, ora discutida no presente trabalho. A mudança das políticas públicas entre os anos de 1980 e 1990, que ensejou o emprego da governança pública, com uma atuação mais contundente de atores privados na prestação de serviços públicos, foi impelida pelo processo de globalização. A democracia revitalizou-se, com o poder do Estado, na execução das políticas públicas, sendo dividido com o cidadão, que antes era incumbido, apenas, de eleger seus representantes.

Nessa seara, Klering e Porsse (2014), no estudo denominado “Em Direção a Uma Administração Pública Brasileira Contemporânea com Enfoque Sistêmico. Desenvolvimento em questão”, que tratou sobre a necessidade de um novo conceito de Estado, o em redes, que emergiu para adaptar à economia contemporânea, a globalização da tecnologia, informação, internet. Os citados autores destacam que as relações internacionais do Estado, como Mercosul, União Europeia, geraram um clima de desconfiança e ilegitimidade do mesmo junto à população local, e, de tal contradição, surge as redes internas, com foco na descentralização, com distribuição de receitas, funções e poderes, aproximando cidadão e poder público. Houve uma evolução, de um sistema burocrático e ineficiente para uma forma descentralizada, flexível, mais eficiente para atender as demandas sociais, apesar de sua complexidade.

Em suas conclusões, Klering e Porsse (2014) destacam que essa forma de gestão é mais avançada em comparação à anterior por permitir ações conjuntas e coordenadas de diversos atores, públicos e privados. Ainda, apontam que essa forma de execução conquistou não apenas o apoio do governo, que passou a organizar diversas políticas públicas em redes, tais como a saúde, a cultura, a assistência social, meio ambiente, dentre outras, como também o apoio da população, que passou a verificar as diferenças positivas na prestação dos serviços públicos.

A ideia de políticas públicas em rede surgiu, pois, da reforma gerencial da Administração Pública, com a adoção de técnicas empresariais, empregadas com sucesso na esfera organizacional, como apontam Klijin e Koppejan (2000) em seus estudos sobre “Gestão Pública e Redes de Políticas: O Fundamento Teórico da Abordagem de Rede para Governança”, que tratou das redes como uma forma de gestão pública, bem como sobre seus fundamentos teóricos. Do citado estudo destaca-se o apontamento dos autores no que tange à mudança de papéis do Estado, que sai de uma posição dominante de imposição de decisões para uma

configuração democrática, em que as decisões são tomadas de forma compartilhada com outros atores, em um verdadeiro ambiente colaborativo.

No mesmo sentido são as colocações de Silva et al. (2014), no artigo intitulado “Redes organizacionais no contexto da governança pública: a experiência dos Tribunais de Contas do Brasil com o grupo de planejamento organizacional”, que objetivou estudar as possíveis ações interligadas de grupo de planejamento organizacional, sob a ótica das redes. Deste estudo, extrai-se para o presente trabalho, as colocações dos autores que destacam que esse modelo de gestão já se encontrava presente na esfera organizacional há muitos anos, haja vista o emprego de ferramentas gerenciais utilizadas para resultado e eficiência. Para os autores, sua introdução no setor público nos últimos anos, objetivou melhores resultados para sociedade, sendo a autuação dos atores envolvidos, nesse novo modelo, horizontal, que prioriza transparência e responsabilidade e reclama, via de consequência, mudanças na gestão política.

Com essa forma de gestão, a Administração Pública passou a ter meios de proporcionar mais valor público, como ponderado por Goldsmith e Eggers (2004) no livro “Governing by Network, The New Shape of the Public Sector”, que teve por foco confrontar o sistema em redes, ensinando a melhor forma para seu gerenciamento, conciliando, via de consequência, o método tradicional hierárquico, vertical, com as redes, que foram criadas para funcionarem de forma horizontal.

Goldsmith e Eggers (2004), nas conclusões do citado trabalho, destacam que nas dificuldades dos tempos atuais, com problemas diversos e complexos, a prestação de serviços públicos exige um novo modelo de gestão, que tenha ferramentas aptas para atingimento da solução desses problemas. Segundo os autores, as redes mostram-se como soluções para prestação de serviços públicos adequados, apesar de apresentarem desafios a serem superados, para atingimento satisfatório dos objetivos almejados.

Nesse sentido também são as colocações de Calmon e Costa (2013), em “Redes e Governança das Políticas Públicas”, que, apresentando alguns conceitos sobre redes, objetivou compreender a ação das mesmas nas complexas relações sociais. Nesse trabalho os autores apresentam duas abordagens de rede: como estratégias analítica e de exame de complexas demandas sociais, e, como estrutura de governança, tanto no setor público como no privado.

Como estratégia analítica, Calmon e Costa (2013) destacam que na mesma, fundada notadamente nos estudos de Jacob Moreno⁵ e por grupos de pesquisadores liderados por Elton

⁵ Jacob Moreno desenvolveu a abordagem terapêutica conhecida como “psicodrama”, que buscava entender como as estruturas sociais influenciavam o bem-estar do indivíduo (Calmon & Costa, 2013).

Mayo,⁶ os indivíduos percebem os objetos a sua volta a partir dos conceitos sociais construídos, e não de forma isolada, ou seja, as visões não são individuais, mas partem do grupo onde o indivíduo está inserido. Já como forma de governança, os autores ponderam que a rede se apresenta como uma nova forma de gestão, que se constitui em um novo método de produção, baseado na substituição dos meios de produção em massa, fundada em uma rigidez vertical de integração, regras perenes de trabalho e rígida divisão de tarefas, por um método que se baseia em uma especialização flexível.

Calmon e Costa (2013) apontam que a governança em redes na seara pública vem de encontro às ideias tradicionais de um governo autônomo e superior à sociedade, onde há distinção das atividades política e administrativa, que levam vários programas governamentais ao fracasso. Nessa seara, as redes de políticas públicas surgem com uma estrutura específica, interligando governo, entidades governamentais e a sociedade civil. Com sua posição estratégica e seus recursos, o Estado dirige a sociedade em busca do bem comum, via políticas públicas e seus programas construídos por meio de regras objetivas e racionais.

Na mesma linha, verificam-se as colocações de Moura e Bezerra (2016), em “Governança e sustentabilidade das políticas públicas no Brasil”, capítulo publicado na obra “Governança ambiental no Brasil: instituições, atores e políticas públicas”, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016) que busca a compreensão do processo corporativo e individualista das decisões sobre políticas públicas, que leva à setorização e à ausência de coordenação nas mesmas. Apesar do texto abordar as redes sob o viés ambiental, extrai-se do mesmo a importância das redes na execução das políticas públicas como um todo.

Para Moura e Bezerra (2016), a governança objetiva o aumento da capacidade de se processar demandas sociais, através da junção de processos públicos e privados na tomada de decisões, conciliando eficiência das formas de gestão com a participação social. Segundo os autores, ela envolve tanto as questões relativas à tomada de decisões, como as formas de comunicação do Estado com a sociedade, no tange à definição, implemento e fiscalização das políticas públicas.

Também nesse sentido, Klering e Porsse (2014) apontam que a governança em redes proporciona a tomada de decisões mais coerentes e convenientes aos resultados almejados. Tais decisões são coordenadas e cooperadas, envolvendo esferas federal, estadual e municipal, sendo

⁶ Elton Mayo foi um sociólogo australiano, que liderou um grupo da Harvard Business School no estudo que buscava entender a influência e o dinamismo de estruturas informais dentro de uma organização (Calmon & Costa, 2013).

que este último proporciona flexibilidade maior de adaptação às demandas sociais, porque o poder público pode atuar de forma mais próxima das reais necessidades de cada contexto e comunidade.

Correia et al. (2019) apontam que a governança colaborativa se prolifera cada vez mais, com o aumento das relações entre Estado e outros atores na execução de serviços públicos. Nessa forma de gestão, o Estado atua como árbitro regulador, buscando uma adequação estruturada de suas atividades para atender as numerosas demandas sociais corriqueiras, bem como as novas.

Carapeto e Fonseca (2014), citados em Correia et al. (2019), afirmam que as reformas ocorridas na Administração Pública, nos últimos tempos, podem ser avaliadas sobre dois ângulos: um político, que se traduz na forma como as políticas públicas são construídas, e, um administrativo ou organizacional, relativos aos ganhos de eficiência na organização, visando eficácia na execução dessas políticas. Correia et al. (2019) destacam, ainda, que a gestão das políticas públicas tem avançado para o foco nas demandas dos cidadãos, de uma melhor prestação dos serviços públicos, e não apenas na evolução da gestão administrativa, fenômeno este que se qualifica como “Nova Governança Pública”.

Das conclusões de Correia et al. (2019), destaca-se para este subcapítulo, que a colaboração intraorganizacional vem crescendo nas últimas décadas em virtude das complexidades da vida social, que demanda um envolvimento, cada vez maior, de diferentes atores para uma boa prestação de serviços públicos.

Apesar de alguns autores defenderem que a teoria das redes é incapaz de explicar o processo político pela ausência de fundamento teórico e normativo bem delineado, Klijin e Koppejan (2000) proclamam que tais redes se balizam em várias tradições teóricas, aplicadas para a difusão de uma boa gestão pública, ante a complicada e inconstante demanda social, que reclama, cada vez mais, parcerias com outros atores, fora da esfera pública, para prestação de serviços públicos adequada e eficiente.

1.3 Governança em Redes e suas Barreiras

Apesar dos patentes benefícios que a governança em redes apresenta, a mesma se depara com diversas barreiras, quer na esfera organizacional, quer na pública, as quais necessitam ser superadas para uma gestão plena e eficaz.

Para Goldsmith e Eggers (2004) os sistemas foram projetados para atender a um modelo hierárquico e não em redes, encontrando, por conseguinte, diversos obstáculos, tais como: a

necessidade de melhoras na capacidade de gerenciamento das parcerias, na responsabilização dos parceiros envolvidos, na harmonização da garantia do interesse público com os interesses da atuação privada, a superação de supervisões distorcidas, dentre outras, que levam a falhas de serviços, custos excessivos, abusos das autoridades. Os autores destacam, ainda, a carência de agente capacitados para atuação em redes, e, a pouca valorização dos que existem pelo Governo, o que demanda uma mudança cultural geral, que atinja não apenas os agentes de execução, mas principalmente os de coordenação e do alto escalão.

Goldsmith e Eggers (2004) ainda destacam que as deficiências da coordenadoria de uma rede estão geralmente ligadas à falta de: alinhamento de metas, supervisão adequada, fomento de comunicações, coordenação de todos os atores envolvidos, gerenciamento de impasses entre competição e colaboração, bem como insuficiência de dados e capacidade dos agentes. Para tanto, mostra-se necessária a busca de canais efetivos de comunicação, coordenação que integre todos os envolvidos, compartilhamento de conhecimento, alinhamento de valores, buscar de confiança dos envolvidos, superação das diferenças entre eles e investimentos em tecnologia.

Sobre a questão, extrai-se de Klijin e Koppejan (2000) que a governança em redes apresenta dificuldades, tais como as relacionadas ao abandono das rotinas existentes, bem como do poder de decidir de forma unilateral as políticas públicas em si; tensão entre cooperação e conflito dos atores envolvidos, já que estes têm dificuldades de concretizar seus objetivos em nível de cooperação, o que gera, por conseguinte, conflitos entre os mesmos.

Segundo Moura e Bezerra (2016), a governança em redes carece de desenvolvimento sustentável, já que não há uma coordenação adequada, seja horizontal, isto é, na mesma esfera de governo ou organizacional, seja vertical, ou seja, de esferas distintas, havendo prejuízo ao trabalho cooperativo pela ausência de integração entre os envolvidos, bem como na implementação e execução das políticas públicas em si, no caso das gestões públicas. No âmbito horizontal, as falhas decorreriam da falta de integração tanto na construção das políticas quanto em sua execução propriamente dita. Já na vertical, as falhas decorrem da própria forma de Estado, que atrapalha a cooperação entre os entes. Em suma, os autores em questão sustentam as seguintes barreiras nessa forma de gestão: instrumentos de controle em excesso; fragilidades nas articulações internas, tais como ausência de coordenações proativas; indefinição de funções entre níveis de governo, que contribui tanto para problema federativos, como para coordenação vertical falha ou malsucedida das políticas públicas.

Klering e Porsse (2014), também destacam algumas desvantagens nessa forma de gestão, tais como: decisões sem uniformidade; mínimo de aproveitamento de profissionais

especialistas; dificuldades de contratação, notadamente pela falta de recursos; probabilidade de foco em finalidades menos abrangentes, com priorização maior dos objetivos locais; risco de conflitos locais; atuações e fiscalizações sem imparcialidade; dentre outras.

Por sua vez, Correia et al. (2019) destacam que a governança em redes apresenta barreiras na execução de fatores potenciais, em proporções internas, externas e políticas. Como barreira interna os autores citam as dificuldades de falta de recursos, de investimento em educação e formação de servidores, liderança e boa gestão. Na externa, eles citam a necessidade de inserção de boas práticas internacionais e transferência do conhecimento, bem como o atendimento das diversas exigências dos cidadãos e empresas, dentre outros. Já em âmbito político, os autores destacam previsão de normas engessadas, rígidas, bem como as restrições orçamentárias dos entes públicos.

Outro aspecto que prejudica a governança em redes é falta de uma transparência efetiva das políticas públicas, que, no caso da saúde, pode levar o cidadão ao acionamento de entes incompetentes, conforme norma de divisão de competência nessa área. Sob esse aspecto, Leal e Maas (2020) destacam que o acesso à informação é um direito constitucional do cidadão, já a transparência pública é um dever constitucional da Administração. As autoras destacam, ainda, que essa transparência é tanto ativa como passiva, e que a informação tem de ser disponibilizada, de forma clara e ser de fácil compreensão por seus destinatários.

Nessa seara, é importante destacar a Lei Federal nº. 12.527 (2011) e a Lei Federal nº. 13.460 (2017), as quais têm por escopo regulamentar direitos constitucionais do cidadão e obrigacionais do poder público. A primeira regulamenta o direito de acesso à informação, previsto no art. 5º, XXXIII da CF/88, e prevê o direito do cidadão de receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, coletivo ou geral, que devem ser prestadas no prazo legal, sob pena de responsabilidade, ressalvadas questões sob sigilo. A segunda, é uma regulamentação do inciso I do § 3º do art. 37 da CF/88, e visa dispor sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, prevendo, dentre outros instrumentos, a divulgação da Carta de Serviços ao Usuário do Serviço Público, que objetiva regulamentar a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.

Capítulo II - Direito à Saúde e Execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil

2.1 Direito à Saúde no Brasil

Segundo previsões da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196), sendo sua execução materializada por meio de rede hierarquizada e regionalizada, destacando-se o papel da União de coordenação da execução das políticas públicas necessárias e o dos municípios de operacionalizador das mesmas (art. 198) (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Para concretização desse direito foi publicada a Lei nº 8.080 (1990), que estabeleceu as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o sistema de organização e funcionamento dos serviços necessários (Lei nº 8.080, 1990). Das competências específicas definidas nesse regramento legal, destacam-se: esfera nacional - definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade e de rede de laboratórios de saúde pública; esfera estadual - o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); esfera municipal - o planejamento, organização, controle e avaliação de serviços de saúde, bem como a gestão e execução de serviços públicos de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

Contudo, essas normas não definiram, satisfatoriamente, as competências de cada ente federativo, surgindo, por conseguinte, a necessidade de edição de vários atos infralegais para sua complementação, como aponta o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007).

Dos atos infralegais supramencionados, destacam-se: a Portaria GM/MS nº. 399/2006 do Ministério da Saúde, que divulgou o Pacto pela Saúde, tendo por objetivo consolidar o SUS e aprovar diretrizes operacionais para a concretização do referido instrumento (Ministério da Saúde, 2006); o Decreto nº. 7.508 (2011), que regulamentou a Lei nº. 8.080 (1990), para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Decreto nº. 7.508, 2011); a Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que objetivou estabelecer diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2013); e a Portaria de Consolidação nº. 3, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, a qual teve por escopo consolidar as normas sobre as redes do SUS, quais sejam, redes temáticas de atenção à saúde, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde (Ministério da Saúde, 2017).

Insta ressaltar que o processo de descentralização para os municípios, que perdurou até os idos do ano de 2000, foi ultrapassado pela ideia de ciclo de construção de regiões de saúde ou regionalização das Redes de Atenção (RAS), como apontado por Viana et al. (2018). O objetivo principal dessas ideias é a organização para consecução mais célere de respostas específicas de saúde, por meio de um ciclo pleno de atendimento, objetivando uma atenção à saúde contínua e integral, em seus níveis primário, secundário e terciário, como apontam os citados autores.

As redes atualmente existentes estão disciplinadas na citada Portaria de Consolidação nº. 3/2017 (Ministério da Saúde, 2017), a qual prevê: redes de atenção à saúde, redes de serviço à saúde, redes de pesquisa em saúde. Para atenção à saúde foram definidas as seguintes redes: cegonha, urgência e emergência, saúde das pessoas com doenças crônicas, atenção psicossocial e de cuidados à pessoa com deficiência. Já as redes de serviços à saúde são: Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; Redes Estaduais de Assistência a Queimados; Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos; Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS; Rede de Ensino para a Gestão Estratégica; Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde; Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública; e, Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. As redes de pesquisa em saúde do SUS, por sua vez, são compostas pelas: Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde; Rede Nacional de Terapia Celular; Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral; Rede Interagencial de Informações para a Saúde; e, as redes de Políticas Informadas por Evidências.

Mesmo com tais previsões constitucionais, legais e infralegais, o direito à saúde depende muitas vezes de intervenções do Poder Judiciário, que, apesar de válidas para garantia de tal direito, acabam por refletirem negativamente na execução de outras políticas públicas de saúde, como em outras, também necessárias à população, como adiante será explanado.

2.2 Execução das Políticas das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil

Ante as complexidades que a área da saúde apresenta, o alcance satisfatório dos objetivos das políticas públicas voltadas para ela se torna impossível pela atuação de um único ator. Nesse diapasão, tal área reclama, cada vez mais, o envolvimento de diversos atores, públicos e privados, em sua execução, como pondera Magalhães (2018). O supracitado autor

pondera, ainda, que muitas demandas sociais, tais como uso de drogas, violência, saúde mental, insegurança alimentar, alterações climáticas, dentre outros, são problemas que exigem diversas políticas públicas, atores e interesses interligados, não cabendo a um único ministério ou secretária a obtenção de uma solução.

Em suas conclusões, Magalhães (2018) aponta que a governança em saúde consiste, notadamente, em uma ação dinâmica e descentralizada, que visa identificar a heterogeneidade de problemas e os caminhos aptos para um processo decisório democrático, levando em conta cada contexto. Para os autores, as redes, em comparação com instituições perenes, são mais articuladas e flexíveis, com vários autores, recursos e estratégias para soluções dos problemas.

Para uma adequada execução de políticas públicas de saúde, é primordial a atuação coordenada do Estado, em todos os seus níveis, quais sejam, nacional, estadual e municipal, de modo a garantir qualidade de serviços à população. Assim, as redes mostram-se como efetivos instrumentos de garantia desse direito, bem como para minimização de desigualdades regionais.

Segundo Klering e Porse (2014), a nova modelagem estatal surgiu no Brasil no final da década de 70, marcada por crises econômicas e fiscais, que exigiu estruturas do Governo, sendo possibilitadas pela promulgação CF/88, depois pela reforma do Estado no ano de 1995, e também pelas inovações da tecnologia, internet, economia, dentre outros fatores. Com essa reestruturação, o Estado buscou maior eficiência administrativa, distribuição de recursos e poder entre os entes e órgãos governamentais, bem como uma participação mais efetiva do cidadão na tomada de decisão, que sai de uma posição passiva para uma ativa na vida social, configurando-se, assim, as redes entre as três esferas de governo, em um mesmo nível, bem como entre o Estado, entidades e sociedade civil.

Como exposto anteriormente, o Brasil, desde os anos de 2000, vem desenvolvendo o ciclo de construção das regiões de saúde ou regionalização das RAS. Tal ciclo objetiva uma nova maneira de gerir e organizar os serviços de saúde, tomando por ponto de partida o prisma da territorialização, como apontado por Viana, Bousquat, Melo, Filho e Medina (2018).

Sobre esse aspecto, Viana et al. (2018) destacam que o modelo fechado por complexidade deu espaço para uma visão integrada dos níveis de atenção, exigindo-se a combinação de ações de diferentes serviços e profissionais e interações de naturezas diversas com a população. Isso implica dizer que as necessidades do paciente é que definem a urgência ou o tempo para uma resposta, bem como a definição da gravidade ou complexidade, com respostas coordenadas.

Contudo, apesar da inovação trazida por essas redes, com um modelo focado na organização de sistemas e respostas para infinidade de demandas sociais, as redes atualmente existentes ainda se mostram prematuras para uma rede complexa e operante, como apontam Viana et al. (2018), encontrando diversos desafios.

2.3 Da ineficiência da execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil

A execução em redes das políticas públicas de saúde é necessária para garantia desse importante direito do cidadão. Contudo, sua plena execução, assim como no panorama geral, também encontra barreiras que necessitam ser superadas. Burocracias, falta de proatividade dos indivíduos e grupos sociais envolvidos, falta de capacidade de transacionar, de definição de estratégias e finalidades para solução de problemas, de formas adequadas de cooperação, redução de conflitos e envolvimento dos atores envolvidos, como aponta Magalhães (2018), são apenas algumas dessas barreiras que merecem ser destacadas.

Junior e Shimizu (2017) destacam que o desafio de cumprimento efetivo dos princípios e diretrizes constitucionais da saúde no Brasil se dá em virtude da demanda de uma governança regional estruturada, com uma divisão de responsabilidades entre os entes federativos, objetivando soluções para as dificuldades de coordenação, comunicação e cooperação entre os mesmos. A capacidade de governança de uma rede de política pública pode ser dimensionada pela junção de dimensões, quais sejam: “capital social; institucionalização; sustentabilidade; estrutura e instrumentos de coordenação; comunicação e informação e análise”, segundo Calmon e Costa (2013), citados em Junior e Shimizu (2017, p. 1093).

O capital social seria a criação de um clima de credibilidade e confiança recíprocos, com decisões que envolvem, notadamente, a ampla participação dos envolvidos, transparência nas ações e fiscalização dos envolvidos conforme se extrai das colocações de Calmon e Costa (2013), citados em Junior e Shimizu (2017). Para Putnam (2000), citado por Cook, Halsall e Wankhade (2015), o capital social seria característica da vida social, quais sejam, redes, normas e confiança, que proporcionam aos agentes a busca de objetivos compartilhados, via atuações conjuntas mais eficazes.

Verificou-se na revisão de literatura que as redes no Brasil apresentam grande heterogeneidade, sendo que umas apresentam mais integração que outras. As que possuem menos integração dificultam a percepção de seus membros, e, têm conseqüentemente a capacidade de governança diminuída (Junior & Shimizu, 2017), sendo complicado definir um

sistema com objetivos comuns, sem uma participação efetiva dos atores envolvidos no processo (Viana et al., 2018).

Já o fator de comunicação entre os envolvidos é primordial para o funcionamento de uma rede, sendo sua ausência totalmente prejudicial à tomada de decisões e implementação de ações. Notadamente com relação às políticas públicas, como a da saúde, essa comunicação deve ser feita tanto entre atores institucionais, como entre estes e a sociedade, que deve ser concretizada tanto por meio de informações, como de formas mútuas de consulta, enquanto sistemas integrados, como destacado por Calmon e Costa (2013), citados em Junior e Shimizu (2017).

Quanto à institucionalização, a mesma consiste na necessidade de normas e procedimentos para estruturação das redes de políticas públicas, com definições, dentre outras, sobre campos de decisão, atribuições e competências, as quais não podem ser, contudo, excessivas e formais em demasia, sob pena de prejuízos à participação e coordenação (Calmon & Costa, 2013, citados por Junior & Shimizu, 2017).

A dimensão da sustentabilidade, por sua vez, é a necessidade de continuidade das ações, mesmo havendo troca de gestores. Sobre essa dimensão, Junior e Shimizu (2017) destacam as pesquisas do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do CONASS no sentido de haver uma inobservância do princípio da continuidade do serviço público pelos gestores públicos brasileiros, que comumente não dão prosseguimento a ações iniciadas pelos antecessores, sendo que tais decisões acabam por afetar a eficiência e economicidade desses serviços. Para resolução desse problema, tais conselhos propõem várias ações para colhimento de novos gestores, para que estes não promovam muitas mudanças nas ações iniciadas, respeitando, automaticamente, as medidas aprovadas por seus antecessores e em execução, como ponderado pelos citados autores.

No que tange às estruturas e instrumentos de coordenação adequados, verifica-se que os mesmos são essenciais para uma execução de políticas públicas em redes efetiva, já que constituem meios necessários para atingir a articulação dos diversos atores envolvidos nas redes. A legitimidade desses coordenadores junto a esses atores depende de instrumentos aptos para que os mesmos exerçam, efetivamente, suas atribuições, tais como pessoal de apoio para planejamento, coordenação de execução. Sem uma coordenação efetiva, os trabalhos não são conduzidos como deveriam, e, conseqüentemente, há um patente prejuízo ao alcance dos objetos.

No mesmo sentido são as colocações de Viana et al. (2018), que destacam que essa forma de gestão depara com diversos desafios a serem superados, podendo-se citar a inevitável busca por uma liderança institucional dos Estados, pactuação entre os profissionais de saúde, com estímulo dos usuários na construção das decisões políticas e a solidificação de fluxos da saúde com as realidades regionais.

Outro fator que afeta a execução das políticas públicas de saúde em redes no Brasil é atividade do Poder Judiciário. Até a prolação do entendimento que gerou o Tema de Repercussão Geral 0793 pelo STF, o pensamento majoritário do Poder Judiciário sobre saúde era no sentido de considerar, tão somente, a solidariedade desses serviços, não levando em consideração as competências legais definidas para cada ente político. Tal pensamento implicava que qualquer ente público acionado judicialmente seria obrigado a prestar a determinação judicial, independentemente de sua competência legal para tanto, o que culminava em grandes dispêndios para entes incompetentes, principalmente os municípios, os quais são os primeiros a serem citados e intimados nesses tipos de ações, desequilibrando, conseqüentemente, o orçamento planejado pelos mesmos para execução dos serviços de saúde e de diversas outras atividades, como educação, assistencial social, esporte lazer, etc, como se extrai de Padilha, Oliveira, Alves e Campos (2019).

Após 2019, houve avanços nesse aspecto. Com base no entendimento firmado pelo Judiciário no Tema de Repercussão Geral 0793, passou-se a prever o direito de ressarcimento do ente que suportasse o ônus financeiro da decisão, em observância aos preceitos constitucionais da descentralização e hierarquização. Contudo, foi mantida a linha da solidariedade da saúde, permanecendo, com isso, os desequilíbrios orçamentários aos entes públicos que suportarem as decisões judiciais e, conseqüentemente, dificuldades em garantir outros direitos dos cidadãos, também necessários. Insta ressaltar que tal matéria ainda é palco de discussões no Poder Judiciário, como no Recurso em Mandado de Segurança nº. 68.602, apreciado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 2022, onde foi concluído que o Tema de Repercussão Geral 793 do STF versou sobre a solidariedade da Saúde e não sobre a formação do polo passivo da demanda.

**PARTE II
DO ESTUDO EMPÍRICO**

Capítulo III – Metodologia

3.1 Do Contexto e Problematização

No enquadramento teórico verificou-se que a ideia de redes teve origem na esfera privada, entre os anos de 80 e 90, com a busca de formas eficientes para os arranjos produtivos e distributivos. Tais redes demandam uma governança efetiva, para o devido alcance dos atores envolvidos, incentivo na cooperação entre os mesmos, eliminando possíveis conflitos para obtenção de ganhos comuns. Apesar das vantagens que esse arranjo produtivo indubitavelmente apresenta, também se verificou que o mesmo enfrenta barreiras para sua plena execução, quer na seara organizacional como principalmente na seara pública, que possui diversas restrições, como regramentos constitucionais e legais, orçamentários, falta de vontade política dos governantes e de proatividade dos servidores, dentre outros.

Viu-se também como se deu a introdução dessa forma de gestão na seara pública, notadamente na área da saúde, que é um típico exemplo de políticas que necessitam de execução em redes para o atingimento satisfatório de seus objetivos, e, conseqüentemente, concretização do direito constitucional à saúde. Tal forma de gestão é primordial para execução das políticas públicas de saúde, que possui demandas complexas e competências definidas para os três níveis de governo. Além das competências legais dos atores institucionais, está cada vez mais frequente a demanda pela participação de atores privados na execução das políticas públicas de saúde, intensificando a necessidade de redes para execução adequada das mesmas. Apesar da patente inovação e necessidade, essa forma de gestão na área pública, assim como na privada, também enfrenta muitas barreiras e desafios, que necessitam ser superados para garantia plena do direito à saúde no Brasil, o que demanda, notadamente, várias mudanças, de ordem institucional, política e operacional.

Tendo em conta a importância da governança em redes para garantia do direito à saúde, torna-se pertinente identificar as dificuldades que torna essa forma de gestão ineficiente no Brasil, de modo a sugerir melhorias, garantindo, por conseguinte, esse importante direito do cidadão, sem prejuízo, é claro, de outros direitos.

Dada a natureza deste estudo de caso se optou por uma metodologia qualitativa, que, com a análise das respostas dos investigados (Camayd & Freire, 2020), busca inferir se a realidade encontrada na Microrregião dos Campos das Vertentes, Minas Gerais, Brasil, reflete a inefetividade da execução das políticas públicas de saúde em rede no Brasil, frente à confirmação das hipóteses adiante levantadas. O presente estudo pautou-se em métodos

indutivos, com definição de premissas gerais a partir das experiências particulares apresentadas nos dados recolhidos (Camayd & Freire, 2020).

No ponto seguinte serão apresentadas as questões de investigação, os objetivos, as hipóteses a estudar, bem como a população, amostra e os instrumentos de recolha de dados.

3.2 Questões de Investigação

Busca-se com o presente trabalho afirmar que a execução de políticas públicas de saúde em rede na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil, não é efetiva. Para tanto mostra-se necessário buscar as causas dessa ineficiência, bem como identificar os desafios serem superados para melhoria dessa forma de gestão, garantindo, por conseguinte, o direito à saúde, que é muito importante para o cidadão, sem prejuízo, é claro, de outros direitos.

3.3 Objetivos

Em função da questão de investigação, foram delineados os seguintes objetivos:

- (i) Explicar as competências constitucionais e legais sobre saúde no Brasil;
- (ii) Identificar se as políticas públicas de saúde no Brasil são executadas em redes;
- (iii) Identificar os possíveis desafios e constrangimentos dessa governança em redes na área da saúde na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil.

3.4 Hipóteses

Pretende-se demonstrar com o presente trabalho que a problemática ora em discussão ocorre, notadamente, em decorrência das prováveis situações:

- (i) Problemas Institucionais - decisões judiciais que não observam as regras constitucionais e legais de hierarquia e divisão de competências em saúde;
- (ii) Problemas Operacionais – internos, relacionados ao processo de execução das políticas públicas de saúde em si, tais como: pouco incentivo para participação da sociedade e parceiros na formulação dos processos decisórios; falta de implantação de coordenações efetivas que articule os diversos atores das redes; falta de consolidação normativa; falta de garantia de manutenção de ações em desenvolvimento, mesmo na alteração de gestores; falta de informação e transparência; falta de comunicação efetiva entre os atores, com a garantia de fluxo de informações seguras e precisas, em tempo hábil, para a tomada de decisões;

(iii) Problemas Políticos - insuficiência do orçamento e da disponibilidade financeira destinados pelos entes públicos à saúde, que demonstram a falta de planejamento dos vários entes públicos em matéria de saúde.

3.5 População Amostra

A população deste estudo foi constituída, originalmente, pelos secretários municipais e advogados dos municípios filiados à AMVER, bem como os juizes que atuam nas comarcas da Microrregião dos Campos das Vertentes. Por uma questão ética não serão identificados os municípios e comarcas, sendo os mesmos designados por numerais arábicos em seus respectivos grupos, segundo a ordem de apresentação dos questionários.

Insta ressaltar que a AMVER é uma entidade civil de fins não econômicos, apolítica e apartidária, constituída em 28 de abril de 1976, por prazo indeterminado cujo objetivo é promover a integração administrativa, econômica e social dos Municípios que a compõem. Conforme se verifica em seu site oficial, atualmente essa entidade é composta pelos seguintes municípios: Alfredo, Barroso, Carrancas, Conceição da Barra de Minas, Coronel Xavier Chaves, Dolores de Campos, Ibituruna, Itutinga, Lagoa Dourada, Madre Deus de Minas, Nazareno, Prados, Resende Costa, Ritópolis, Santa Cruz de Minas, São João Del-Rei, São Tiago, São Vicente de Minas, Tiradentes (AMVER, n.d.).

Ao todo, objetivou-se atingir 47 pessoas (universo total original), sendo 38 servidores municipais, dentre secretários municipais de saúde e advogados, e 9 juizes das comarcas dos municípios pesquisados, sendo dividido em 3 grupos: Grupo 1 Secretários, com 19 secretários; Grupo 2 Advogados, com 19 advogados; e, Grupo 3 Juizes, sendo 9. Contudo, participaram efetivamente apenas 17 pessoas.

Ante a pouca adesão do Grupo 1 (apenas 3), mesmo ante à várias interpelações, buscou-se extrair as informações necessárias dos funcionários da AMVER, que prestam assessoria jurídica e técnica os municípios que fazem parte desta entidade, bem como da Secretaria Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde de São João das Vertentes (CISVER),⁷

⁷ “O Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes - CISVER foi constituído em 26 de fevereiro de 1996, sob a forma de associação privada sem fins lucrativos, com a ideia central de fortalecer a região das Vertentes de Minas Gerais em ações conjuntas na área da saúde. Diante da necessidade de adequação do Consórcio às legislações pertinentes, em especial ao disposto na Lei Federal 11.107/05, em 17 de dezembro de 2013, através da formalização do Protocolo de Intenções/Contrato de Consórcio Público por parte dos entes consorciados, o CISVER passou a ser uma associação pública, com personalidade jurídica de Direito Público, integrando então a administração indireta de todos os municípios que o compõem” (CISVER, n.d.a).

entidade que congrega a maioria dos municípios⁸ da população amostra original, a AMVER, e que tem por objetivo a execução conjunta de ações voltadas para a saúde. Os participantes deste grupo foram denominados como Grupo 4, e, designados como participante/entidade, seguido de numeração arábica, totalizando 10 pessoas.

3.6 Instrumentos

Os dados foram recolhidos através dos seguintes meios: pesquisa documental, notadamente junto à jurisprudência majoritária sobre o direito à saúde; em questionários eminentemente abertos, constantes dos apêndices A, B e C, aplicados a secretários municipais de saúde, advogados públicos e juízes envolvidos em processos que discutem o direito à saúde, e, ante a pouca aderência de alguns grupos, aplicaram-se outros questionários, constantes dos apêndices D e E, a público alvo que se relaciona com os servidores da população amostra; e, por fim, análise do site oficial dos municípios da população amostra, bem como dos governos Federal e do Estado de Minas Gerais.

Na pesquisa documental, analisaram-se decisões sobre o direito à saúde proferidas pelo STF, STJ e em algumas Cortes de Justiça de 2º Instância do país, bem como em uma sentença de 1º grau, cujas ementas/trechos escolhidos como exemplares encontram-se transcritas na tabela do anexo deste trabalho.

Quanto aos questionários, foram criados três grupos para envio dos mesmos, sendo o primeiro composto dos secretários municipais de saúde, o segundo dos advogados municipais, e, o terceiro composto pelos juízes. Insta ressaltar que o primeiro grupo está envolvido diretamente na execução das políticas de saúde, e, os outros dois mais nos casos de judicialização desse direito, notadamente o último grupo.

Com o questionário aplicado aos secretários municipais de saúde dos municípios filiados à AMVER, constante do Apêndice A deste trabalho, buscou-se compreender como as políticas públicas de saúde são planejadas nos municípios, desde sua criação, com as disponibilizações orçamentárias e financeiras, até sua efetiva implementação, notadamente no que tange à capacitação dos envolvidos, fluxo de informação e transparência dessas políticas públicas, dentre outras. Também, buscou-se extrair a percepção dos mesmos, quanto ao impacto de decisões judiciais no planejamento dos municípios, bem como sobre suas percepções com

⁸ Atualmente é composto pelos seguintes municípios: Barroso, Conceição da Barra de Minas, Coronel Xavier Chaves, Dolores de Campos, Ibituruna, Itutinga, Lagoa Dourada, Madre Deus de Minas, Nazareno, Piedade do Rio Grande, Prados, Resende Costa, Ritópolis, Santa Cruz de Minas, São Tiago, e Tiradentes (CISVER, n.d.b).

relação à concordância com os entendimentos exarados nessas ações pelo Poder Judiciário, conforme jurisprudências constantes do anexo deste trabalho.

Dos 19 secretários abordados, apenas 3 manifestaram interesse em responderem o questionário, mesmo com várias interpelações da investigadora. Para suprir a baixa participação desse grupo, elaborou-se um questionário específico, constante do Apêndice D, que foi aplicado aos funcionários da AMVER, que prestam assessoria, tanto técnica quanto jurídica, aos municípios associados, inclusive sobre questões de saúde. Para atingimento específico da área da saúde, também se elaborou um questionário, constante do Apêndice E, para aplicação à Secretaria Executiva do CISVER, entidade que congrega a maioria dos municípios da AMVER, tendo a mesma prontamente manifestado interesse em participar da pesquisa, ante a vivência da mesma, em seu dia a dia, junto aos municípios consorciados.

Dos funcionários da AMVER que atuam na área técnica e jurídica, ao todo 9, obteve-se resposta de 2 da área técnica e 2 da área jurídica, que atendem ou já atenderam matérias relacionadas à saúde. Os demais atendem outras áreas, não havendo contribuições para darem ao presente estudo. Insta ressaltar que os funcionários dessa entidade têm suas áreas de prioridade, mas todos podem, em seus anos de trabalho, terem atendido, em algum momento, assuntos relativos ou atrelados à saúde.

Já com o questionário aplicado aos advogados públicos buscou-se, notadamente, a percepção dos mesmos sobre os impactos das decisões judiciais no planejamento dos municípios, ou seja, verificar se essas decisões prejudicam ou não a execução das políticas de saúde em redes e outras, tendo sido questionadas as perguntas relacionadas no Apêndice B deste trabalho. Salienta-se que foram aproveitados os questionários aplicados ao referido público alvo para um trabalho de conclusão de disciplina deste mestrado, intitulado como “Possível Ingerência do Poder Judiciário na Execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes no Brasil” em 2022. As perguntas foram as mesmas, mas usadas em outra abordagem na presente dissertação, tendo os participantes firmado termo de consentimento para uso do questionário anteriormente aplicado. Obteve-se a participação de 13 advogados dos 19 abordados.

Por sua vez, com o questionário aplicado aos juízes buscou-se verificar a observância das regras de divisão de competências em saúde em seus julgamentos, bem como se os mesmos entendem que existe falta de informações sobre o fluxo do direito à saúde, e, se a mesma influi em seus julgamentos, conforme perguntas constantes do Apêndice C deste trabalho. Tentou-se contato com os juízes das 9 comarcas que possuem jurisdição sobre os municípios da população

amostra,⁹ e, que atuam em matéria de saúde, tendo apenas um manifestado interesse em participar. Contudo, a baixa participação desse grupo não prejudicou tanto as conclusões do trabalho, haja vista que o posicionamento dos demais e do Judiciário em si pode ser aferido de forma indireta, por meio das jurisprudências utilizadas, bem como na manifestação dos participantes do grupo 2, que atuaram em processos julgados nas respectivas comarcas. Para suprir alguns pontos, como a opinião dos mesmos sobre a existência ou não de transparência pública e possível influência em seus julgamentos, também se buscou informações nos sites dos municípios da população amostra, do Estado de Minas Gerais e da União.

Com a análise dos sites dos municípios da população amostra, Estado de Minas Gerais e União, objetivou-se verificar a existência de informações sobre as políticas públicas de saúde, bem como sua transparência, sua clareza para acesso dos cidadãos. A análise foi feita levando em consideração as previsões da Lei Federal nº. 13.460 (2017), cujo objetivo é dispor sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, em cumprimento ao que determina o inciso I do § 3º do art. 37 da CF/88. Foram construídas tabelas objetivando verificar se o site da população amostra, bem como os da União e Estado de Minas Gerais, atende (A), não atende (NA) ou atende em partes (EP) as previsões legais da citada lei. Para cada exigência da lei em questão foi atribuído nas citadas tabelas uma letra.

3.7 Procedimentos éticos

Ao longo de todo processo de recolha e tratamento de dados buscou-se adotar uma postura ética de total confidencialidade das respostas apresentadas pelos participantes. Para tanto, todas as pessoas envolvidas na recolha de informação receberam um consentimento informado, que permitiu a obtenção da sua total disponibilidade para participar no estudo, bem como sua possível desistência, caso fosse do interesse dos mesmos.

Igualmente a investigadora disponibilizou ajuda aos investigados no preenchimento dos instrumentos.

Também se garantiu a proteção dos dados dos participantes, notadamente contatos, municípios, comarcas e as suas respostas aos instrumentos. Salvaguardou-se não apenas as

⁹ As comarcas que possuem jurisdição sobre os municípios da população amostral são dos seguintes municípios do Estado de Minas Gerais, no Brasil: Andrelândia, Barbacena, Barroso, Bom Sucesso, Itumirim, Prados, Resende Costa, São João del Rei (TJMG, n.d.a).

condições físicas do local de preenchimento dos instrumentos, mas também das condições de armazenamento e compartilhamento até a finalização do presente trabalho.

Por fim, para manter o sigilo e confidencialidade de cada participante, criou-se um código, atribuído a cada um, consistente em numerais para cada grupo, bem como para distinguir os participantes dos mesmos.

Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados

Busca-se com o presente trabalho afirmar que a execução em redes das políticas públicas de saúde na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil não é efetiva, buscando-se, por consequente, saber o porquê dessa ineficiência.

A saúde é um típico exemplo de política pública pensada para formulação e execução em rede, haja vista a complexidade que a envolve, notadamente alta demanda, diversidade de competências e os objetivos esperados, quais sejam, a concretização satisfatória desse importante direito humano,¹⁰ e, no caso brasileiro, constitucional do cidadão.

Segundo art. 198 da CF/88 brasileira, as ações e serviços de saúde devem ser prestadas por meio de rede regionalizada e hierarquizada. Contudo, a norma constitucional não definiu como se daria essa prestação, o que demonstra, plenamente, a intenção do constituinte em definir a execução da prestação de serviços de saúde por meio das redes. Para complemento dessa previsão constitucional, surgiu a Lei nº. 8.080 (1990), que teve por objetivo, em suma, dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, tal como a constituição do SUS, e, a previsão de atribuições para os três níveis de governo, tanto comuns¹¹ como específicas.¹² Notadamente quanto ao SUS, o destaca-se que o mesmo é um sistema, formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, a ser prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Das competências específicas dos entes públicos é importante destacar: que a esfera nacional ficou competente por definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade e de rede de laboratórios de saúde pública; que para o Estado ficou o acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; e, para o município, ficaram as atividades de planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde, além da gestão da execução de serviços públicos (CONASS, 2007). Ainda nessa seara de competências específicas, é importante destacar o princípio da descentralização previstos na Lei 8.080 (1990), que leva à ideia de que todos os serviços de caráter local devam ficar na competência do

¹⁰ Artigo 25. 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (United Nations, n.d.).

¹¹ Art. 15 da Lei 8.080 (1990).

¹² Art. 16, 17 e 18 da Lei 8.080 (1990).

Município, com apoio do Estado e União, e, os de referência regional ou estadual devem ficar com o Estado, com apoio da União.

Essa ideia de descentralização, notadamente para os municípios, que perdurou até os idos de 2000, foi superada pelos ciclos de construção de regiões de saúde ou regionalização das RAS. Tais redes objetivaram dar respostas específicas de saúde, por meio de ciclos plenos de atendimento, de modo a propiciar uma contínua e integral atenção à saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, o que ratifica, também a nível infralegal, a pretensão da legislação brasileira quanto a gestão em redes na área da saúde.

Sobre a execução dessas políticas públicas em redes, destaca-se a seguinte colocação Viana et al (2018, p. 1792):

O Brasil definiu que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, visando à construção de sistemas integrados de saúde – conhecidos nos diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como: redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado etc. As redes passaram a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista territorial ou do processo de territorialização.

Apesar das previsões da Lei nº. 8.080 (1990), a mesma não disciplinou de uma forma mais abrangente, explícita, sobre competências assistenciais em saúde, surgindo a necessidade de diversas normas infralegais complementares, das quais se destaca a Portaria GM/MS nº. 399/2006 do Ministério da Saúde, que divulgou o Pacto pela Saúde, tendo por finalidade consolidar o SUS, aprovando diretrizes operacionais para sua concretização, o Decreto nº. 7.508 (2011), que regulamentou a Lei nº. 8.080 (1990) (CONASS, 2007), bem como a Portaria GM/MS nº. 2135, de 25 de setembro de 2013 (Ministério da Saúde, 2013).

Pelo Pacto pela Saúde foram delegados ao município tão somente a atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, sendo os serviços de alta e média complexidade executados pelos mesmos mediante pactuação com o Estado ou União, como destacado pelo CONASS (2007). Atualmente tão norma encontra-se revogada.

Já o Decreto nº. 7.508 (2011), teve por objetivo dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde, bem como a articulação interfederativa. Segundo tal norma, as Redes de Atenção à Saúde estariam compreendidas no âmbito de uma Região de

Saúde, ou de várias delas, conforme diretrizes pactuadas por Comissões Intergestoras.¹³ De tal norma destaca-se, ainda, as seguintes previsões:¹⁴

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, segundo legislação vigente.

A Portaria GM/MS nº. 2135, de 25 de setembro de 2013 (Ministério da Saúde, 2013), por sua vez, objetivou estabelecer diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Dentre suas previsões, destaca-se a definição de instrumentos para o alcance desse planejamento pelos entes públicos, quais sejam: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

Sobre a questão, todos os participantes do Grupo 1, confirmando referencial teórico e legislação supracitados, afirmaram que as políticas públicas de saúde são executadas em redes. Contudo, tal forma de execução é constrangida por diversos fatores, encontrando, por conseguinte, muitos desafios a serem superados de modo a alcançar um patamar de eficiência satisfatório. Neste ponto, procede-se à apresentação e análise das hipóteses aventadas para a ineficiência em questão.

4.1 Da Ineficiência da Execução das Políticas Públicas de Saúde em Redes na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais, no Brasil

Apesar de todo o arcabouço constitucional e legal sobre saúde no Brasil, a efetividade dessa forma de gestão ainda depara com desafios e constrangimentos em sua execução, ante diversos problemas, de ordem institucional, operacional e político. Nesse sentido, destacam-se as seguintes colocações de Junior e Shimizu (2017, p. 1090):

A natureza da organização da gestão regional do SUS apresenta três esferas de entes federados autônomos e interdependentes entre si, mas com grandes assimetrias de poder e de recursos e que vivem uma enorme diversidade de realidades sociais, políticas e econômicas em ação coletiva em um contexto marcado por atores distintos, com preferências heterogêneas, recursos de poder distintos e assimetricamente distribuídos, e que precisam resolver problemas de coordenação, cooperação e comunicação. Os

¹³ Art. 7º do Decreto 7.508 (2011).

¹⁴ Art. 11 do Decreto 7.508 (2011).

problemas são tratados em ambiente marcado por ambiguidade e incerteza, tornando ainda mais difícil articular a ação coletiva.

A seguir, discute-se as hipóteses levantadas como fatores que levam à ineficiência da execução das políticas públicas de saúde em redes na Microrregião dos Campos das Vertentes, Estado de Minas Gerais no Brasil.

4.1.1 – Problemas Institucionais - decisões judiciais que não observam as regras constitucionais e legais de hierarquia e divisão de competências em saúde

Na seara institucional destaca-se que a atuação dos Poderes da República brasileira, em especial Executivo e Judiciário, frequentemente colidem no que tange à garantia do direito à saúde. Segundo a CF/88, a saúde é um direito universal, o que significa que ela é um direito de todo cidadão, devendo ser prestada pelo Estado, que, no Brasil, é dividido entre os entes públicos, quais seja, União, Estado, Distrito Federal e Municípios, ante a solidariedade dessa prestação. Nesse diapasão, tais entes políticos não podem negar a garantir esse direito ao cidadão que dela necessitar, podendo qualquer um ser acionado para tanto.

Como exposto alhures, apesar de toda previsão constitucional e legal supracitada, o que se verifica nas demandas judiciais sobre saúde é uma não observância de tais preceitos, gerando, por conseguinte, um quadro de insegurança jurídica sobre o tema no país, bem como o desequilíbrio entre os entes federativos, em especial os municípios, que eram os que mais sofriam as consequências de tais decisões, sem nenhuma garantia de ressarcimento até a publicação do Tema de Repercussão Geral 0793 pelo STF.

Pela jurisprudência analisada, pode-se constatar que até 2019, a maioria das decisões judiciais sobre saúde levavam em conta apenas à universalidade, concluindo pela condenação solidária dos entes públicos acionados, sem levar em consideração as previsões de descentralização previstas no art. 198 da CF/88. Com isso, vários entes públicos, em especial os municípios, eram condenados a cumprirem prestações em saúde que não era de suas competências, conforme normas de divisão de competência em saúde (Padilha et al., 2019; Ostrom, 2005, como citada em Magalhães, 2018).

Tal pensamento levava em conta tão somente o pressuposto da prestação solidária da saúde, previsto no art. 196 da CF/88, sem levar em consideração as normas de divisão de saúde previstas no art. 198 da CF/88 (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), Lei nº. 8.080 (1990) e atos infralegais sobre a matéria, o que provocava, muitas das vezes, desequilíbrios orçamentários no planejamento do ente que suportava a decisão.

Após o Tema de Repercussão Geral nº. 0793, o posicionamento firmado pela Corte Suprema de Justiça brasileira foi no sentido de que os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, competiria à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. Tal decisão instaurou um novo paradigma de orientação jurídica na área, já que o julgamento se deu pelo sistema de repercussão geral, cuja observância é obrigatória pelas demais instâncias julgadoras, conforme se verifica nas decisões destacadas no anexo deste trabalho.

Contudo, mesmo com o importante avanço trazido pelo citado entendimento, com a garantia de ressarcimento aos entes que suportarem tais decisões, as previsões constitucionais do art. 198, quais seja, descentralização e hierarquização, ainda não estariam sendo cumpridas plenamente pelo Poder Judiciário em sua totalidade, uma vez que entes incompetentes ainda continuam sendo impelidos a cumprirem decisões cujas competências não lhes pertence, nos termos das normas de divisão de competência em saúde, já que o ressarcimento financeiro desses entes, pode demorar, atrapalhando, conseqüentemente, o planejamento orçamentário e financeiro dos mesmos, e, via de consequência, a manutenção de redes efetivas.

Tal afirmação pode ser confirmada nas respostas positivas da maioria dos advogados públicos entrevistados, que informaram que, na maior parte das ações que não envolveu competências primárias do município, houve condenações dos mesmos nos citados processos.

A maioria dos entrevistados manifestou-se pela necessidade de revisão do Tema de Repercussão Geral nº. 0793 do STF, como se verifica nas colocações dos participantes da pesquisa abaixo destacadas:

Em âmbito Municipal, o Ente Municipal tem sido demandado repetidamente para cumprimento e fornecimento de prestação à saúde em demandas que ensejam necessariamente ao Estado Federado. O fato de o Município, através do Posto de Saúde e Unidade Básica de Saúde serem a porta de entrada para o acesso à saúde e o Município ali procurar o medicamento, não significa a responsabilidade solidária do mesmo quanto a ausência de cumprimento. Em repetidos casos, a ausência de fornecimento tem por ocasião o não cumprimento pelo Estado ou pela União, ultrapassando a competência Municipal de fornecimento e promoção de acesso a Atenção Básica.

Assim sendo, as demandas judiciais que pleiteiam a condenação dos Municípios para acesso a prestação de saúde que foge da competência de atenção básica ignora o sistema

de competência e hierarquia criados pela Lei Federal nº 8.080/1990 que institui o SUS, sendo competência do Judiciário a análise de competências e o fazer dever ao cumprimento da lei, de modo, a manutenção do respectivo entendimento e das práticas jurisdicionais dele decorrentes, tem ocasionado responsabilizações extralegais aos Municípios, além de significar potencial circunstância de lesão a seu orçamento (Advogado 2, comunicação pessoal, 2 de junho de 2022).

Decidir sobre a ótica de que outros entes públicos são solidariamente responsáveis pelas demandas vinculadas à saúde traz claro prejuízo aos municípios, pois extrapola os limites de suas possibilidades estruturais e orçamentárias, colocando em risco a qualidade de atendimento prestada a uma maioria de atendidos pelo programa gratuito de atenção básica em saúde (Advogado 3, comunicação pessoal, 02 de junho de 2022).

Decidir sob a ótica de que os entes públicos são solidariamente responsáveis pelas demandas vinculadas à saúde traz claro prejuízo aos municípios, pois extrapolam os limites de suas possibilidades estruturais e orçamentárias colocando em risco a qualidade do atendimento prestada a uma maioria de atendidos pelos programas gratuitos de atenção básica em Saúde (Advogado 5, comunicação pessoal, 06 de junho de 2022).

O tema 793 da Repercussão Geral do STF deve ser revisto de modo que o polo passivo deva ser exclusivamente os entes responsáveis pelo direito discutido no processo, pois conforme o tema municípios são impactados negativamente por decisões que os obrigam a prestar algo que não é de sua competência (Advogado 7, comunicação pessoal, 10 de janeiro de 2023).

Não apenas o Tema 793 poderia ser revisto, como o próprio texto constitucional também poderia ser revisto, já que o sistema de repartição de competências não é considerado como cláusula pétrea. Dessa forma, não seria necessário que o Poder Judiciário determinasse qual ente é competente para cumprir sua obrigação constitucional de oferecer medicamento ou tratamento, sendo tal múnus de competência do constituinte derivado reformador (Advogado 8, comunicação pessoal, 10 de janeiro de 2023).

A União fica com praticamente toda a receita arrecadada, volta para os municípios uma migalha, sendo assim a responsabilidade de tratamento e fornecimento de medicamentos fora os constantes da Farmácia Básica deve ser de total responsabilidade do Estado e União.

As decisões que obrigam os municípios a pagarem tratamentos e medicamentos fora de sua competência atrapalha todo o planejamento e execução orçamentária dos pequenos municípios prejudicando de sobremaneira a administração. Segundo o Ministro Edson Fachin. “Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais de saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete a autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme regras de repartição de competência e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro”. Mas isso é utopia os recursos gastos pelo município fora de sua competência nunca serão devolvidos.

Por fim, o que vem sendo observado, na prática, é que a tese, desde que publicada passou a ser interpretada da forma como melhor convém as Cortes, e isso fica nítido nos casos de conflito de competência entre justiça federal e estadual.

Deve-se rever a tese e seguir a divisão de competências, ou seja, que está determinada na Lei 8.080/1993 (Advogado 9, comunicação pessoal, 16 de janeiro de 2023).

Tanto a união, como o estado possuem mais recursos disponíveis, sejam eles financeiros e de equipe técnica para lidarem com tais decisões, imputar uma responsabilidade solidária somente ao município pode causar enormes prejuízos a assistência dos outros pacientes, ademais as ações de regresso são demoradas e na maioria das vezes infrutíferas (Advogado 10, comunicação pessoal, 11 de janeiro de 2023).

Para mim, o correto seria que cada ente arcasse com os tratamentos de sala competência e possibilidade: Municípios: baixo complexidade e custos; Estados: média complexidade e custos; União: alta complexidade e custos.

A responsabilidade devia passar para o ente “menor” apenas em caso de omissão de ente “maior”.

Apesar de o SUS ser custeado por todos, nossa constituição prevê uma repartição de competências. Não faz sentido essa repartição de competências não ser aplicada às ações de saúde (Advogado 11, comunicação pessoal, 18 de janeiro de 2023).

As decisões não consideram a estrutura em níveis de atenção em básica, média e alta complexidade do SUS. No âmbito do SUS as competências são atribuídas aos entes federados conforme os níveis de complexidade, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 1172/2004. A maior parte das condenações na Justiça Estadual não considera essa estrutura e acaba por condenar o Município em ações e serviços que são considerados

de média e alta complexidade que seriam de competência e responsabilidade da União e dos Estados.

Essa realidade prejudica a programação e o planejamento das ações e dos serviços da Atenção Primária que é a responsabilidade do município, o que resulta na incapacidade de integralidade da assistência em saúde (Advogado 13, comunicação pessoal, 26 de janeiro de 2023).

O Advogado 4 também se manifestou contrariamente ao Tema de Repercussão Geral em questão, aduzindo, de forma sucinta, que a definição, qual seja, de que apenas os entes responsáveis pelo direito discutido no processo fossem acionados judicialmente, levaria a uma considerável redução de custos aos cofres públicos dos entes acionados em desacordo com as regras constitucionais e legais de competência.

Alguns participantes concordaram com o tema de repercussão geral em apreço, entendendo que a condenação de ressarcimento ao ente competente resolveria o problema, o que, salvo melhor juízo, discordar-se, pelas razões que seguem às manifestações abaixo destacadas:

S.M.J., o Tema 793 respeita a divisão estabelecida nos arts. 16 a 19 da lei 8080/1990 que determina o direcionamento para cumprimento das regras de inclusão da União no polo passivo quando se tratar de medicamentos não inseridos no SUS (Rename), conforme RE 855.178/2020 e REe Ag.1.301.170 do STF. Obs.: Tribunais ainda persistentes, mas há decisões favoráveis, inclusive no Jesp. São João del Rei (Advogado 1, comunicação pessoal, 02 de junho de 2022).

Apesar de reconhecer que os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, o que à princípio não afastaria a legitimidade passiva de qualquer ente público na ação de obrigação de fazer que veicula demanda de saúde pública, o tema 793 estabelece que o juiz poderá direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro, bem como prevê a inclusão da União no polo passivo quando se tratar de medicamentos não inseridos no SUS (Rename) nos termos dos RE 855.178/2020 e RE e Ag 1.301670 STF (Advogado 4, comunicação pessoal, 20 de junho de 2022).

Da mesma foram as colocações do Advogado 6, que destacou que o tema em apreço é correto, uma vez que “a balança do direito deve sempre pender para parte mais hipossuficiente da relação jurídica”, sendo que o problema municipal estaria com os advogados, que “não se

interessam em entrar pedindo ressarcimento, o que acaba trazendo prejuízos para administração” (comunicação pessoal, 05 de janeiro de 2023).

O Advogado 12 também concorda com o tema de repercussão em questão, como se verifica em suas colocações abaixo destacadas:

A tese fixada no tema parecer estar mais em consonância com a constituição do que esta outra proposta. Ao estabelecer a solidariedade dos entes para garantir maior celeridade à prestação jurisdicional, o Judiciário está priorizando garantir o direito à saúde daqueles que em tese estão em vulnerabilidade e demanda urgência, em detrimento em detrimento do interesse dos entes. Ao definir a saúde como direito universal e dever de todos, a Constituição legítima que o direito à saúde do usuário seja priorizado sobre o interesse dos entes públicos, cujo direito será resguardado mediante a demanda de regresso (Advogado 12, comunicação pessoal, 19 de janeiro de 2023).

Sobre tal questionamento, o único juiz que se prontificou a participar da pesquisa também se manifestou no sentido de concordar com o Tema de Repercussão Geral em questão. Contudo, o mesmo fez as seguintes considerações:

A inobservância das regras de repartição de competências, nos processos judiciais, acaba impactando mais severamente os entes municipais, esses que estão mais próximos do cidadão. Assim, há risco real de que os demais serviços sejam inviabilizados, demandando do ente municipal a busca pelo ressarcimento na via administrativa ou judicial, ou seja, em procedimentos morosos e muitas vezes inefetivos (Juiz 1, comunicação pessoal, 07 de fevereiro de 2023).

O que se observa, na prática, é que o acionamento de entes incompetentes em matéria de saúde gera não apenas prejuízos diretos, financeiros e orçamentários aos mesmos. Além do desequilíbrio orçamentário, com o pagamento de despesas não afetas às suas respectivas áreas de competência, e, conseqüente desorganização de ações já programadas na saúde e em outras áreas, há prejuízos humanos, tanto para os entes que movimentam seus servidores (secretários, auxiliares administrativos, advogados, por exemplo) para responderem tais ações, que poderiam estar executando outras atividades, bem como causa prejuízos ao próprio Poder Judiciário, com a movimentação de seus servidores para integrarem esses entes incompetentes nos citados processos, sem falar na movimentação posterior na máquina judicial para impulso oficial das medidas judiciais posteriores, tais como o cumprimento de sentença, que envolve intimações, expedição de mandados, publicações, etc., para que os entes responsáveis procedam ao ressarcimento dos entes que venham a suportar tais decisões.

Em outras situações o Poder Judiciário, através de alguns tribunais, fez campanhas, para a redução de custos com judicializações desnecessárias como, por exemplo, o Projeto Execução Fiscal Eficiente, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), o qual teve como meta a redução da taxa de congestionamento dos processos relativos às ações de execução fiscal municipal e estadual. Dentre os objetivos desse projeto estava a redução da distribuição de novos feitos de execução fiscal, com valores irrisórios, fomentando a utilização de outros meios para tais cobranças.¹⁵

Em seus levantamentos, o TJMG apurou que o custo médio de um processo aos cofres públicos fica em torno de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), como se verifica na cartilha disponível sobre o assunto pelo tribunal em questão (TJMG, 2015):

Segundo apuração feita pelo TJMG, o tempo médio de tramitação de uma execução fiscal municipal é de 4,4 anos, enquanto uma execução estadual dura em torno de 10,8 anos e uma execução Federal, 8,4 anos. Estes dados mostram o longo tempo gasto para se efetivar uma execução fiscal, o que acarreta altos custos: cada execução custa R\$ 4.000,00, em média, aos cofres públicos.

Verifica-se que o movimento desnecessário de processos enseja gastos aos cofres públicos do Estado, que poderiam estar sendo direcionados para a execução de outras atividades públicas, garantindo, devidamente, não apenas o direito à saúde, como vários outros direitos do cidadão.

É importante registrar que o processo para garantia à saúde, caso negado ao cidadão, não é desnecessário, sendo função do Poder Judiciário garantir que o mesmo seja concedido. O que se prega aqui é a desnecessidade de ajuizamento de entes incompetentes, asoberbando o Poder Judiciário com atos judiciais desnecessários (citações e intimações dos entes incompetentes, cumprimento de sentenças posteriores para ressarcimento, interposição de ações, etc), que trarão prejuízos a esses entes, e, conseqüentemente, aos demais cidadãos, que não vivem apenas de saúde, mas necessitam também de educação, trabalho, lazer, segurança, dentre outros. Tais direitos serão certamente prejudicados caso o orçamento dos entes públicos seja afetado com decisões condenando a prestações em saúde para cidadãos específicos, sem falar que o próprio direito à saúde dos demais cidadãos também podem ser abalados por tais decisões.

Ademais, o ressarcimento ao ente prejudicado não é imediato, vindo os mesmos terem seus orçamentos desequilibrados, como abordado a seguir, e, serem ressarcidos muito tempo

¹⁵ Projeto Execução Fiscal Eficiente. (TJMG, 2017).

depois, às vezes até mesmo pelo sistema constitucional de precatórios,¹⁶ que é extremamente moroso, dependendo do valor da condenação. Tais colocações podem ser confirmadas, inclusive, pela manifestação único juiz participante supratranscritas, no sentido de haver grande morosidade e até mesmo inefetividade dos pedidos de ressarcimento feito pelos órgãos incompetentes aos demais entes públicos.

Portanto, não há como negar que uma interpretação não sistêmica¹⁷ das regras constitucionais e legais de divisão em saúde, que levam entes incompetentes a cumprirem decisões judiciais não afetas as suas respectivas áreas de atuação, gera prejuízos imediatos aos mesmos, e, conseqüentemente, à execução das políticas públicas de saúde em redes e outras.

Insta ressaltar que o pensamento ora aqui defendido, qual seja, necessidade de interpretação sistêmica das regras constitucionais e legais sobre saúde, é empregada por alguns juízes de 1º grau, conforme se extrai dos trechos da fundamentação de uma sentença de 1º grau¹⁸ *in verbis* de um dos municípios da população amostra, cujos trechos segue abaixo destacados:

Os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada (art. 198 da Constituição da República), o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a fim de criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, aprovando a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/2002 ...

...

Ocorre que, após o exame dos Embargos Declaratórios opostos no RE 855.178, o Supremo Tribunal Federal procedeu à elucidação de diversos aspectos outrora indicados na Suspensão de Tutela Antecipada 175, em especial no que toca a responsabilidade e legitimidade processual dos entes públicos, senão vejamos:

...

Quanto ao desenvolvimento da tese da solidariedade enuncia-se o seguinte: i) A obrigação a que se relaciona a reconhecida responsabilidade solidária é a decorrente da competência material comum prevista no artigo 23, II, CF, de prestar saúde, em sentido lato, ou seja: de promover, em seu âmbito de atuação, as ações sanitárias que lhe forem

¹⁶ Art. 100 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

¹⁷ Interpretação sistemática é aquela que leva em conta a harmonia das normas, que devem ser analisadas em conjunto.

¹⁸ PROCESSO Nº: 5003729-11.2022.8.13.0625, 2ª Vara Cível da Comarca de São João del-Rei. (TJMG, n.d.b).

destinadas, por meio de critérios de hierarquização e descentralização (arts. 196 e ss. CF); ii) Afirmar que "o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles (entes), isoladamente ou conjuntamente" significa que o usuário, nos termos da Constituição (arts. 196 e ss.) e da legislação pertinente (sobretudo a lei orgânica do SUS n. 8.080/90) tem direito a uma prestação solidária, nada obstante cada ente tenha o dever de responder por prestações específicas, que devem ser observadas em suas consequências de composição de polo passivo e eventual competência pelo Judiciário; iii) Ainda que as normas de regência (Lei 8.080/90 e alterações, Decreto 7.508/11, e as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite) imputem expressamente a determinado ente a responsabilidade principal financiar a aquisição) pela prestação pleiteada, é lícito à parte incluir outro ente no polo passivo, como responsável pela obrigação, para ampliar sua garantia, como decorrência da adoção da tese da solidariedade pelo dever geral de prestar saúde; iv) Se o ente legalmente responsável pelo financiamento da obrigação principal não compuser o polo passivo da relação jurídico processual, sua inclusão deverá ser levada a efeito pelo órgão julgador, ainda que isso signifique deslocamento de competência; ...

Deve-se, pois, compreender que a solidariedade prevista no art. 196 da Constituição Federal não se confunde com aquela erigida no direito civil.

Isso porquanto, embora possa o beneficiário do tratamento eleger livremente os entes públicos a figurarem no polo passivo do feito, até mesmo como forma de ampliar a sua garantia de atendimento ao serviço público almejado, uma vez reconhecido o direito autoral, deve a obrigação ser direcionada, primeiro, ao ente público a quem compete tal obrigação administrativamente, conforme a norma de regência (Lei 8.080/90 e alterações, Decreto 7.508/11, e as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite), podendo os demais componentes do polo passivo serem instados a cumpri-la, desde que não atendida a tempo e modo por aquele.

Verifica-se que esse posicionamento está em consonância com as regras legais e constitucionais sobre saúde, não prejudicando a garantia desse direito e nem de outros, que, ao lado da saúde, também são importantes ao cidadão, tais como educação, lazer, previdência, dentre outros. Nesse caso, extrai-se que esse município não sofreu tanto as consequências de condenações em matéria de saúde, não tendo, portanto, experimentado os efeitos das decisões judiciais condenatórias em competências de outros entes. Nota-se, nessa situação específica,

uma justa aplicação das normas constitucionais e legais sobre saúde pelo Poder Judiciário, pelo menos a nível de 1º grau.

Contudo, o que prevalece ainda é o entendimento da solidariedade da saúde, como pode ser verificado em recente decisão do STJ, de 2022, constante do anexo deste trabalho, onde foi concluído que o Tema de Repercussão Geral 793 do STF versou sobre a solidariedade da saúde e não sobre a formação do polo passivo da demanda. No citado processo, a segunda turma desta Corte de Justiça concluiu ser dispensável a inclusão da União no polo passivo das ações que tratam do fornecimento de medicamento registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ainda que não incorporado em atos normativos do SUS. Com isso, os cidadãos podem acionar qualquer ente público para garantir seus direitos, cabendo a estes, posteriormente, cobrarem o devido ressarcimento do ente efetivamente competente para tanto, segundo regras de divisão de competências em saúde.

Acerca do desequilíbrio orçamentário com tais decisões judiciais, a maioria dos entrevistados informaram que houve o citado desequilíbrio em seus municípios.

O Advogado 1 destacou que os “recursos da saúde são distribuídos conforme regras de competência estabelecidas por lei, recebendo o município para realizar serviços de atenção básica, quando condenados no fornecimento de medicamentos de outro custo, tem seu orçamento todo comprometido” (comunicação pessoal, 02 de junho de 2022).

O advogado 2, por sua vez, fez as seguintes colocações:

Nas Prefeituras Municipais onde exerci e exerço a função de Procurador Municipal, o orçamento do Município prescrevia a previsão orçamentária de determinado valor para o cumprimento de decisões judiciais em área da saúde. Ocorre que a condenação para determinar a prestação de fornecimento de medicamento que caberia ao Estado de Minas Gerais, de modo que o seu fornecimento pelo período determinado ensejou a necessidade de suplementação do orçamento à época (Advogado 2, comunicação pessoal, 02 de junho de 2022).

Da mesma forma foi o Advogado 3, que pontuou que o “orçamento do município é limitado para arcar sozinho com toda atenção à saúde Fármaco, cirurgia de alto custo deve ficar a cargo do estado/união, cujo orçamento é bem mais amplo” (comunicação pessoal, 02 de junho de 2022), tendo destacado, ainda, que a competência do município seria adstrita ao Programa de Saúde da Família, que se limita a medicamentos básicos, que seriam de uso comum, e, conseqüentemente, competentes às reservas orçamentárias do município.

O Advogado 4 também afirmou as condenações em saúde envolvendo medicações de alto custo afetam diretamente o orçamento municipal, que conta com recursos para essa área conforme distribuição legal de competências, que atribui aos municípios os serviços de atenção básica.

Na mesma linha são as colocações do Advogado 7 que afirmou que, apesar de haver “previsão orçamentária para pagamento de ações/sentenças judiciais, os valores das condenações são sempre altos” (comunicação pessoal, 10 de janeiro de 2023).

Outro participante desse grupo também afirmou a existência desse desequilíbrio, informando que o orçamento de seu município foi muito prejudicado com as várias decisões de alto custo, que direcionaram uma boa parte do orçamento para poucas pessoas, afetando, via de consequência, a concretização das demais demandas de saúde (Advogado 11).

Também nessa linha foram as colocações do Advogado 13:

Nesse ano o Município custeou dois procedimentos de alta complexidade que custaram mais de R\$360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais). Esse recurso sai da fonte de custeio municipal e não é contemplado nos repasses de recursos do Estado e da União para o Município. O custeio de medicamentos e procedimentos clínicos que o Município custeia por decisão judicial tem impacto considerável para a população (comunicação pessoal, 26 de janeiro de 2023).

Outro participante, apesar de informar que seu Município não teve condenações impactantes envolvendo o direito à saúde, deu importantes contribuições sobre a questão:

Ainda não tivemos condenações que causaram impactos de grande importância no município, no entanto, a cada dia se observa um considerável aumento das demandas judiciais relacionadas a saúde, onde na maioria dos casos o ônus recai inicialmente sobre o município, por estar mais próximo da situação. Além do mais, muitas vezes se torna obrigado a lidar com determinações as quais não possui equipe técnica especializada suficiente na área de saúde para o cumprimento de tais decisões, pois geralmente as decisões são relativas a fármacos e substâncias que não compõem o rol de medicamentos do sistema único de saúde, e muitas delas desconhecidas pelos próprios profissionais da área. Outro fator importante e que gera preocupação são as decisões direcionadas aos municípios que compreendem procedimentos cirúrgicos, sendo que é de competência do estado a regulação dos leitos através das centrais de regulação no âmbito do SUS (Advogado 10, comunicação pessoal, 11 de janeiro de 2023).

Da mesma forma foi o Advogado 12, que informou que não houve desequilíbrio orçamentário, ante os valores discutidos nos processos, mas pontuou que seu município possui uma peculiaridade, qual seja:

O Município daqui tem uma peculiaridade em relação a esse questionário. O juiz da comarca geralmente só condena o Estado em ações de saúde e julga improcedente contra o Município. Eventual condenação do Município, quando ocorre, é em sede recursal. Daí, quase não temos esses casos (Advogado 12, comunicação pessoal, 19 de janeiro de 2023).

Também nessa seara, o único juiz participante, como exposto anteriormente, apesar de dizer que concorda com o tema de repercussão geral em questão, ressaltou que as decisões em saúde impactam mais os municípios, ensejando riscos reais de inviabilização dos demais serviços públicos, notadamente com a morosidade, e, muitas vezes, inefetividade, dos pedidos de ressarcimento feito pelos mesmos aos demais entes públicos.

Insta ressaltar que o impacto dessas decisões afeta a todos os entes públicos, como se verifica nas colocações de Correia et al. (2019, p.4513) abaixo destacadas:

Os dados mostram aumento exponencial no período da crise. Em onze anos, no período de 2008 a 2018, os gastos do Governo Federal para o cumprimento de decisões judiciais somaram R\$7bilhões, um acréscimo de 1.711% no período. Este aumento possivelmente decorre de uma combinação de maior ativismo judiciário, com piora da situação de renda das famílias e interrupção da disponibilização do medicamento ou oferta do serviço. De qualquer maneira, todos são aspectos da crise, enxergando-a em todas a suas dimensões.

Se o Governo Federal, com seu orçamento de bilhões, se vê impactado por tais decisões judiciais em saúde, que dirá os demais entes, notadamente os municípios, que são o ente da federação mais próximo da população. É para ele que o cidadão reclama a resolução das demandas sociais, ou sejam, para quem se cobra saúde, educação, assistência social, dentre tantas outras prestações. O município também não possui uma gama de recursos tão extensa como os da União e do Estado, sem falar que, muitas das vezes, não quer onerar sua população com aumento de seus tributos.

Considerando tal cenário, não é difícil deduzir que o desequilíbrio orçamentário afeta os municípios em uma proporção muito maior. Nessa seara, Correia et al. (2019) destacam que as competências dos entes públicos vêm sendo desvirtuada pelo progresso do processo de judicialização. Segundo Wang et al. (2014), como citados em Correia et al. (2019), a repartição

de competências do SUS levou em conta o orçamento e a infraestrutura dos entes públicos, atribuindo aos municípios ações e serviços menos complexos, e esse entendimento do STF, qual seja, pela solidariedade do direito à saúde, mostra-se extremamente oneroso aos mesmos, que passarão a arcar com prestações e ações mais complexas, que foram direcionadas aos demais entes públicos.

Sobre a questão da Judicialização da Saúde e seus respectivos impactos, Leal e Maas (2020) destacam que a mesma aparece, no contexto da relação entre direito, política e Poder Judiciário, como uma “doença”, que leva os envolvidos a buscarem uma cura para tratamento ou para minimização de seus efeitos, que são vários, tais como pouco investimento na área, falta de informação qualificada, evolução da medicina, ativismo do Poder Judiciário na concretização do direito à saúde, dentre outros.

Notadamente com relação ao ativismo do Poder Judiciário, extrai-se de Leal e Maas (2020) que o trinômio mínimo existencial x reserva do possível x separação de poderes sempre são levados em consideração na concretização do direito à saúde. Quando um cidadão aciona o Poder Judiciário para ver seu direito garantido, este poder tem que avaliar o mínimo existencial desse cidadão frente ao mínimo existencial coletivo. Ele deve avaliar se há ofensa do princípio da separação de poderes, onde cada poder, segundo a Teoria dos Três Poderes,¹⁹ é responsável por uma função primordial, sendo o Poder Legislativo responsável por elaborar normas, o Poder Executivo por executá-las e o Poder Judiciário aplicá-las a um caso concreto. Ao garantir esse direito, o Poder Judiciário estaria adentrando na seara das funções do Poder Executivo? Segundo os autores, alguns defendem essa violação, outros que ela inexistente, sendo esta, inclusive, a posição adotada pelo STF. Nessa toada, o fenômeno da judicialização, segundo os citados autores, causa preocupações generalizadas, sendo um problema que afeta toda a federação, sendo alguns mais e outros um pouco menos.

Contudo, independentemente da questão da ofensa ou não ao princípio da separação de poderes, de afetar ou não o mínimo existencial de toda uma coletividade, tais decisões impactam sobremaneira os entes que as suportam, e, conseqüentemente no caso da saúde, há impactos negativos na execução das políticas públicas em redes, já que os entes públicos têm que replanejar seus orçamentos, cortando diversos gastos, tais como capacitações de agentes, investimentos em tecnologias da informação, com melhoramentos da transparência e informação das políticas públicas de saúde, comunicação entre atores, dentre outras.

¹⁹ Elaborada por formas diferentes ao longo da história, por pensadores como Aristóteles, Jonh Locke e Montesquieu (Silva, n.d.).

Pelos dados colhidos, pode-se concluir que as decisões judiciais que não envolvem as competências primárias ou pactuadas por outros entes, prejudicam o planejamento dos mesmos, confirmando-se, portanto, essa hipótese como ensejadora da ineficiência das políticas públicas de saúde em redes.

4.1.2 – Dos Problemas Operacionais na Execução de Políticas Públicas de Saúde em Rede

Qualquer atividade fica prejudicada se houver problemas operacionais, em especial a gestão em redes, geralmente usada para atividades que demandam maior complexidade, como a necessidade de agentes envolvidos engajados, uma boa estrutura, comunicação, transparência, continuidade, etc. Com relação às políticas públicas de saúde, pode-se dizer que a governança em redes é prejudicada por diversos fatores operacionais, dos quais se destaca a reduzida ou inexistente estrutura e instrumentos de coordenação, capital social, comunicação entre atores, sustentabilidade, institucionalização, informação, e, capacitação dos atores engajados.

4.1.2.1 Das Estruturas e Instrumentos de Coordenação Efetivos

A execução de políticas públicas em redes demanda estruturas e instrumentos de coordenação efetivos, de modo a articular, adequadamente, os diversos atores. É necessária uma legitimidade desses coordenadores junto a esses atores, e, para tanto, é necessário instrumentos aptos para que os mesmos tenham condições de exercerem suas atribuições, tais como pessoal de apoio para planejamento e coordenação de execução. Sem uma coordenação efetiva, os trabalhos não são conduzidos como deveriam, e, conseqüentemente, há um patente prejuízo ao alcance dos objetivos. Para Junior e Shimizu (2017), a qualidade dos instrumentos de planejamento é fator que influi no grau de governança, tendo os autores, indicado como principais instrumentos efetivos de coordenação o planejamento, diretrizes e os contratos de cooperação.

Nessa linha, Viana et al (2018, p. 1797) também fazem os seguintes apontamentos:

Duas ordens de problemas sobressaem nesse processo de criar regiões e redes: a primeira, refere-se à necessidade de uma liderança institucional, no caso a ser exercida pelos estados da federação; segundo a necessidade de engajar profissionais de saúde (e, em específico, os médicos) como agentes de mudança, ao lado do incentivo à maior participação dos usuários nas decisões políticas.

Com relação às políticas públicas de saúde serem organizadas em redes de forma coordenada, os participantes do grupo 1 informaram que sim. No mesmo sentido foram as colocações de participantes do grupo 4, como o Participante/entidade 1, que destacou que as “ações de saúde são coordenadas pelo preconizado em Portarias do Ministério da Saúde, e, também pelos entendimentos e direcionamentos das regionais de saúde” (comunicação pessoal, 30 de janeiro, 2023), do Participante/entidade 3, que pontuou “que várias ações são coordenadas principalmente pelo COSEMS MG” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), bem como pelo Participante/entidade 4, que informou que, em termos, as redes são coordenadas sim, haja vista a existência de uma “gerência regional de saúde, um consórcio intermunicipal de saúde CISVER e o SAMU que facilitam e orientam ações coordenadas” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023).

Em sentido inverso são as colocações do Participante/entidade 5 do grupo 4, que, além de responder que não existe essa coordenação, ressaltou que as “ações normalmente são realizadas para atendimentos individuais e pontuais, sem coordenação e planejamento”, o que implica, muitas vezes, na aplicação ineficiente de recursos, além de destacar a existência de “falhas de comunicação e falta de implementação de instrumentos gerenciais de controle” (comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Correlacionado a esse questionamento, está o relativo à existência ou não de estruturas de coordenação efetivos, tais como planejamento, participação ampla de todos os gestores, celebração de contratos de cooperação e diretrizes bem definidas para a execução das políticas públicas de saúde. Todos os participantes do grupo 1 responderam positivamente a tal questionamento. Já com os participantes do Grupo 4 as manifestações foram divergentes.

Uns responderam positivamente a tal questionamento, como o Participante/entidade 4, que destacou que o Município seria assistido “pelo CISVER, SAMU e por uma gerência regional de saúde” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023). Outros não souberam responder tal questionamento, como o Participante/entidade 1 que apesar de informar que as “ações de saúde são executadas pelas Secretarias Municipais” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), não soube informar se elas seriam dotadas de estruturas e instrumentos de coordenação. E outros se posicionaram no sentido de não haver instrumentos de coordenação efetivos, como o Participante/entidade 3, que destacou que a “estrutura física, financeira e administrativa dos municípios ainda é bem precária” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023) e o Participante/entidade 5 que fez as seguintes colocações:

Não há instrumentos de gerenciamento e controle dos atendimentos. Não há planejamento, instituição e implementação de programas com base em diagnósticos situacionais. Também não há disponibilização de equipamentos de informática para facilitar a coleta de dados de forma ágil. A maioria dos municípios não possui planos municipais de saúde voltados para as especificidades da população e muito menos a atualização destes planos (comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Apesar da maioria dos entrevistados entender que existe coordenação na execução das políticas públicas de saúde em redes, bem como estruturas e instrumentos de coordenação efetivos, entende-se, com amparo nos estudos realizados pelo CONASEMS e CONASS, bem como na manifestação negativa de alguns participantes do grupo 4, principalmente de um que atende especificadamente a área de gestão de recursos da saúde, que não há uma coordenação efetiva das políticas públicas de saúde em redes.

Como bem colocado por este participante do Grupo 4, que respondeu negativamente a tal quesito, o planejamento realizado leva em conta panoramas gerais, já que normalmente são realizadas para atendimentos individuais e pontuais, sem coordenação e planejamento, o que resulta em aplicação ineficiente de recursos. Nessa linha de pensamento, a Administração Pública, notadamente dos municípios, acaba por trabalhar para apagar incêndios, que poderiam ser evitados se o planejamento fosse feito de forma adequada.

O referido participante também ponderou a existência de falhas de comunicação, tanto entre os coordenadores e servidores envolvidos. Sem uma comunicação adequada, as engrenagens da execução das políticas públicas de saúde em redes ficam prejudicadas. Ainda, o participante destacou a falta de implementação de instrumentos gerenciais de controle, que não permite identificar as falhas e corrigi-las, seus planejamentos são precários ou praticamente inexistentes, bem como suas tecnologias de informação, as quais não permitem agilidade na coleta de dados.

Como exemplo de inefetividade dos instrumentos de planejamento, destaca-se o plano municipal de saúde destacado pelo participante em questão. Segundo ponderações do mesmo, os planos municipais de saúde não são construídos levando em conta as especificidades da população e nem são atualizados como deveriam. Tais planos seriam um típico exemplo de instrumento efetivo de coordenação das políticas de saúde, já que são meios de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de

quatro anos, a cargo da elaboração de cada ente público, em seus respectivos âmbitos de competência.²⁰

Portanto, pode-se concluir que a falta de coordenação e instrumentos e coordenação efetivos são causas da inefetividade da execução em redes das políticas públicas de saúde.

4.1.2.2 Do Capital Social e Comunicação entre os Atores

Quanto à ampla participação dos envolvidos, componente do capital social, que se refere ao clima de confiança e segurança entre os agentes na busca de objetivos comuns, proporcionados por redes, normas, maior participação nos processos decisórios, transparência e fiscalizações, como se extrai das colocações de Junior e Shimizu (2017), bem como de Putnam (2000), citado por Cook et al. (2015), e, relacionado ao mesmo, o fator de comunicação entre esses agentes, e, entre estes e a sociedade, referentes à permuta de informações e mútuos sistemas de consulta, verificou-se junto ao grupo 1, que há uma boa interação entre os envolvidos na execução das políticas públicas de saúde no Brasil, entendendo-se por interação uma boa comunicação, tanto de informações, como de sistemas de consultas, entre os atores de Governo envolvidos e entres estes e a sociedade. O participante/entidade 3 do Grupo 4 também se posicionou no sentido de haver essa inteiração entre os envolvidos, destacando-se nesse sentido as atuações do COSEMS e do CISVER.

Contudo, tais alegações foram rebatidas pelas demais colocações dos participantes do Grupo 4, que responderam no sentido de não haver interação entre os servidores envolvidos nas políticas públicas de saúde, como se extrai nas colocações do Participante/entidade 1, que colocou que os “sistemas de consulta existentes apresentam falhas duplicidades ou escassez de informações” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023) e o Participante/entidade 2 que ressaltou que a “comunicação com a comunidade sempre pode ser melhorada” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023). Também nesse sentido foram as colocações de outro participante desse grupo:

Os órgãos federais e estaduais decidem, normalmente, com participação dos conselhos representativos. No âmbito municipal, os conselhos de saúde, nem sempre são atuantes. O usuário do SUS se importa e exige atendimento rápido, eficiente e de acordo com suas preferências; mas infelizmente, não participam da construção de políticas públicas

²⁰ Obrigatoriedade prevista no art. 15, VIII da Lei 8.080 (1990).

municipais durante os processos de discussão e elaboração dos instrumentos de planejamento (Participante/entidade 4, comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023).

No Brasil não há uma cultura de participação popular na formulação das políticas públicas. Os cidadãos se limitam, quando muito, a elegerem seus governantes.²¹ Há uma forte tendência de mudança desse quadro de inércia, com o fomento cada vez maior da participação social na formulação das políticas públicas. Notadamente com relação à saúde, verifica-se que a Lei 8.142 (1990), dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, prevendo dentre outras previsões, instâncias colegiadas para gestão do mesmo. Em que pese tais avanços normativos, verifica-se que a efetiva participação dos envolvidos ainda resta prejudicada, notadamente pela ausência de ferramentas aptas para tanto.

Quanto à fiscalização da execução das ações em saúde, outro componente do capital social, os participantes do Grupo 1 responderam que a mesma existe, tendo um deles ressaltado que a mesma se dá através “dos Sistemas de Informação da Empresa responsável pela informatização e pelos índices enviados ao Ministério da Saúde” (Participante 1, comunicação pessoal, 01 de março de 2023).

A existência dessa fiscalização também foi afirmada por alguns participantes do Grupo 4, como o Participante/entidade 1, que destacou que as fiscalizações se dão tanto pelas Câmaras municipais, como pelo “Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público, Superintendências Regionais de saúde e Conselhos Municipais de Saúde” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), o Participante/entidade 2 que aduziu que as fiscalizações se dão no “Portal da transparência SIOPS/SIA/SIH” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023) e o Participante/entidade 3, que informou que elas são realizadas “através do Legislativo Municipal e pelos Conselhos” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023).

Ressalta-se que as informações prestadas pelo participante/entidade 2 referem-se a sistemas informatizados disponibilizados pelo SUS, quais sejam: SIOPS é o sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde, cujo escopo é coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar, e disponibilizar informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde;²² SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)/SUS é um sistema que objetiva receber informações dos atendimentos

²¹ Art. 1º, parágrafo único da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

²² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Ministério da Saúde, n.d.a).

ambulatoriais do SUS e organizá-las²³ e o SIH/SUS já é o sistema de informação que objetiva armazenar dados relativos às internações hospitalares no âmbito do SUS.²⁴

Outros não souberam responder tal quesito e outro respondeu negativamente, como o Participante/entidade 5, que ainda complementou que a fiscalização se dá “apenas pelo Ministério Público, porém somente nos casos de denúncia” (comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Em que pese a maioria dos participantes informar que existe essa fiscalização, entende-se, com base no referencial teórico e na manifestação do participante 5, que essa fiscalização é muito precária, principalmente nos municípios de pequeno porte, como os da maioria da população amostra.

A Câmara de Vereadores, órgão do Poder Legislativo, tem, dentre suas atribuições, o dever de fiscalizar o Poder Executivo.²⁵ Todavia, notadamente com relação à saúde, verificam-se fiscalizações mais pontuais, objeto de denúncias ou por prestações de contas irregulares, apontadas pelas Cortes de Contas.²⁶ Não se vislumbra a iniciativa de rotina de fiscalizações frequentes por parte da Câmara Municipal, ainda mais considerando que a CF/88 não exige nenhum conhecimento técnico para concorrer aos cargos públicos,²⁷ sendo a maioria composta de pessoas leigas, sem muito conhecimento, notadamente na área da saúde.

Os Tribunais de Contas dos Estados, por sua vez, são responsáveis por auxiliarem as Câmaras Municipais no exercício do controle externo dos municípios.²⁸ Mas suas atuações rotineiras são mais no que tangem aos limites constitucionais de gastos com a saúde²⁹ e educação, ficando as demais ações para casos de denúncia. Ressalta-se que os tribunais de contas vêm investindo em ferramentas tecnológicas de fiscalização nos últimos anos, como a “Central Suricato de Fiscalização Integrada, Inteligência e Inovação” do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG), cujo objetivo é viabilizar mais agilidade e integração de dados, de modo a prever e combater a corrupção nos entes fiscalizados (TCEMG, 2017).

O controle interno também é responsável pela fiscalização dos municípios. Os mesmos possuem, dentre suas atribuições, avaliar o cumprimento da execução dos programas de

²³ Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS (Ministério da Saúde, n.d.b).

²⁴ Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (Ministério da Saúde, n.d.c.).

²⁵ Art. 31 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

²⁶ Art. 31, §§ 1º e 2º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

²⁷ Art. 14, § 3º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

²⁸ Art. 31, § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

²⁹ Art. 198, § 2º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

governo e dos orçamentos.³⁰ Todavia, o excesso de trabalho, a exiguidade de pessoal, notadamente nos municípios menores, e, a falta de conhecimento técnico na área, prejudicam a fiscalização das políticas públicas de saúde por esse segmento, que também acaba agindo de forma mais pontual.

Da mesma forma é a atuação do Ministério Público, que, embora tenha dentre suas atribuições o zelo pelos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na CF/88,³¹ sua atuação acaba, pelo volume de demandas, ficando adstrita, também a denúncias, como pontuado pelo participante/entidade 5.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são importantes ferramentas de fiscalização. Os mesmos existem por força das previsões da Lei nº. 8.142 (1990), que teve por objetivo, dentre outras previsões, dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Tais conselhos têm caráter deliberativo, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuarem na definição de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do respectivo poder. Todavia, apesar de suas obrigações e importância, o que se verifica é que tais conselhos não são tão ativos, como se extrai das colocações do participante/entidade 5. As colocações dos demais participantes certamente levaram em consideração a realidade teórica, mas não a prática vivenciada na população amostra.

Por fim, há a fiscalização por parte do cidadão, que é usuário dos serviços públicos de saúde. Mas infelizmente sua atuação é ínfima, quer por desinteresse, quer por falta de instrumentos mais eficazes para tanto, já que os canais atualmente existentes se mostram bem ineficientes.

No que tange à transparência, que também é outro componente do capital social, pode-se verificar, a partir das respostas apresentadas aos questionários aplicados, e, observação aos sites da União, Estados e Municípios da população amostra, que as ações e serviços públicos de saúde não possuem uma transparência adequada, notadamente no que tange à execução das políticas públicas de saúde em redes.

O acesso à informação é um direito fundamental do cidadão brasileiro, previsto na CF/88,³² bem como uma obrigação constitucional da Administração Pública.³³ Para sua

³⁰ Art. 31 c/c art. 74 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

³¹ Art. 129, II da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

³² Art. 5º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

³³ Art. 37, § 3º, I da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

concretização, foi publicada a Lei nº. 12.527 (2011), que prevê duas formas de transparência: a ativa,³⁴ aquela em que os órgãos divulgam certas informações independentemente de provocação, e a passiva, em que o Estado apresenta a informação quando provocado. Há, também a lei nº. 13.460 (2017), que objetivou a proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, em cumprimento ao que determina o inciso I do § 3º do art. 37 da CF/88, prevendo, dentre outros instrumentos, a divulgação da Carta de Serviços ao Usuário do Serviço Público.

É importante frisar que a efetiva participação do cidadão e o monitoramento e fiscalizações da Administração Pública dependem do devido acesso à informação e transparência, que consiste em meios hábeis de busca, recepção e transmissão das mesmas, como apontam Leal e Maars (2020).

O devido acesso à informação e transparência permite ao cidadão não apenas o conhecimento das decisões dos gestores e suas respectivas práticas, mas possibilita ao mesmo participar desse processo decisório, como apontam Leal e Maas (2020). Para as autoras, esse cenário de circulação adequada de informações e ideias é fundamental para o respeito e garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos, sendo que sua inobservância abre oportunidade para omissões, atuações ineficazes, bem como prática de atos ilegais por parte da Administração Pública. Ao cumprir a obrigação de transparência de suas ações, o Estado garante ao cidadão os direitos fundamentais que a Constituição lhes garante, e, para tanto, necessita de mecanismos, instrumentos qualificados, como também destacado pelas autoras em apreço.

Pelos dados colhidos junto ao grupo 1, verificou-se que os participantes informaram, de forma unânime, que há transparência nas políticas públicas de saúde, o que também foi ratificado por alguns participantes do grupo 4, como o Participante/entidade 1, que destacou que as “ações de saúde, constantes do planejamento anual dos municípios podem ser consultadas nos portais de transparência dos Municípios” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023) e o Participante/entidade 3, que afirmou que todos “fazem as devidas publicações bem como fazem valer a participação popular, principalmente os conselhos” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023).

Outro participante não soube responder e outro respondeu negativamente a esse quesito, fazendo, ainda, as seguintes considerações:

Somente há acesso a informações contábeis e financeiras que exigem conhecimento técnico. E em alguns casos, há notícias veiculadas na mídia, mas de caráter meramente

³⁴ Art. 8º da Lei 12.527 (2011).

informativo e sucinto. Não há transparência quanto aos programas instituídos, beneficiários, regulamentos, valores dispendidos em cada um deles (Participante/entidade 5, comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

O único participante do Grupo 3, cuja resposta é primordial para responder tal hipótese, haja vista tratar-se dos juízes que julgam as demandas sobre saúde, respondeu positivamente ao quesito sobre falta de informações acerca do fluxo do direito à saúde no site dos entes públicos e sua interferência em decisões condenatórias de Municípios e Estado em ações que não envolvam competências originárias dos mesmos, conforme as normas de divisão de competências. Sobre esse último aspecto, o participante fez as seguintes colocações:

Normalmente, as ações já são propostas em desfavor do ente estatal mais próximo ao cidadão, a saber, Município e Estado. Logo, a presença deles no polo passivo, somada à ausência de informações a respeito da repartição de competências, tem potencial para incrementar condenações divorciadas da divisão de competências administrativas relativas ao sistema de saúde (Juiz 1, comunicação pessoal, 07 de fevereiro de 2023).

Considerando o quadro positivo apresentado por dois participantes sobre a falta ou insuficiência de informações sobre as políticas públicas de saúde nos sites oficiais, notadamente sobre a repartição de competências entre os entes públicos, passou-se a analisar os mesmos, sendo os da população amostra, do Estado de Minas Gerais e da União, para fins de verificar a transparência pública sobre o tema em apreço, tendo-se verificado grandes discrepâncias, como adiante demonstrado.

Para atendimento aos preceitos constitucionais de transparência e informação, a lei 13.460 (2017) previu a Carta de Serviços, que é um instrumento cujo objetivo é regulamentar a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. As informações sobre a existência ou não do citado instrumento no site oficial dos entes pesquisados está disposta na Tabela 1.

Dentre suas previsões, essa legislação define que o usuário de serviço público tem direito à adequada prestação dos serviços, devendo os agentes públicos e prestadores de serviços públicos observar várias diretrizes, dentre as quais destaca-se a aplicação de soluções tecnológicas que visem a simplificar processos e procedimentos de atendimento ao usuário e a propiciar melhores condições para o compartilhamento das informações.³⁵

A citada legislação prevê, ainda, dentre os direitos básicos do usuário, a obtenção de informações precisas e de fácil acesso nos locais de prestação do serviço, assim como sua

³⁵ Art. 5º, XIII da Lei 13.460 (2017).

disponibilização na internet,³⁶ as quais foram objeto da Tabela 2: A - horário de funcionamento das unidades administrativas; B - serviços prestados pelo órgão ou entidade, sua localização exata e a indicação do setor responsável pelo atendimento ao público; C - acesso ao agente público ou ao órgão encarregado de receber manifestações; e, D - valor das taxas e tarifas cobradas pela prestação dos serviços, contendo informações para a compreensão exata da extensão do serviço prestado.

A Carta de Serviços em si deve conter informações claras e precisas em relação a cada um dos serviços prestados, apresentando, no mínimo, informações relacionadas a seguir, e, que foram objeto da Tabela 3: A - serviços oferecidos; B - requisitos, documentos, formas e informações necessárias para acessar o serviço; C - principais etapas para processamento do serviço; D - previsão do prazo máximo para a prestação do serviço; E - forma de prestação do serviço; e F - locais e formas para o usuário apresentar eventual manifestação sobre a prestação do serviço.³⁷

Esse instrumento deve, também, detalhar os compromissos e padrões de qualidade do atendimento relativos, no mínimo, aos seguintes aspectos, os quais foram objeto da Tabela 4: A - prioridades de atendimento; B - previsão de tempo de espera; C - mecanismos de comunicação com os usuários; D - procedimentos para receber e responder às manifestações dos usuários; E - mecanismos de consulta, por parte dos usuários, acerca do andamento do serviço solicitado e de eventual manifestação.³⁸

Analisando os sites oficiais da população amostra, cuja relação se encontra no Apêndice F, bem como os da União e do Estado de Minas Gerais, verificaram-se as seguintes informações sobre o atendimento (A), atendimento parcial (AP) ou não atendimento (NA) dos supracitados dispositivos da Lei 13.460 (2017), bem como da Lei 12.527 (2011), no que tange à transparência ativa e a informação sobre a execução em redes das políticas públicas de saúde, as quais encontram-se dispostas nas tabelas 1, 2, 3, 4 e 5:

Tabela 1

Existência da Carta de Serviços

Ente	Existência
União	A

³⁶ Art. 6º, VI da Lei 13.460 (2017).

³⁷ Art. 7º, § 2º da Lei 13.460 (2017).

³⁸ Art. 7º, § 3º da Lei 13.460 (2017).

Estado MG	AP
Município	-
AV	NA
BAR	A
CAR	A
CBM	A
CXC	A
DC	NA
IBI	A
ITU	A
LDOU	NA
MDM	NA
NAZ	A
PRA	NA
RC	A
RIT	A
SCM	A
SJDR	NA
STG	A
SVM	NA
TIR	NA

Tabela 2

Atendimento do art. 6º, VI da Lei 13.460/2017

Ente	Classificação			
	A	B	C	D
União	A	A	A	A
Estado MG	A	A	A	A
Município	-	-	-	-
AV	NA	NA	NA	NA
BAR	A	NA	A	NA
CAR	A	A	A	NA
CBM	EP	A	A	NA

CXC	A	A	A	NA
DC	NA	NA	NA	NA
IBI	A	A	A	NA
ITU	NA	A	A	NA
LDOU	NA	NA	NA	NA
MDM	NA	NA	NA	NA
NAZ	NA	A	A	NA
PRA	NA	NA	NA	NA
RC	A	A	A	NA
RIT	EP	EP	EP	NA
SCM	A	EP	A	EP
SJDR	NA	NA	NA	NA
STG	A	A	A	EP
SVM	NA	NA	NA	NA
TIR	NA	NA	NA	NA

Tabela 3

Atendimento do art. 7º, § 2º da Lei 13.460/2017

Ente	Classificação					
	A	B	C	D	E	F
União	A	AP	A	A	A	A
Estado MG	A	A	A	A	A	A
Município	-	-	-	-	-	-
AV	NA	NA	NA	NA	NA	NA
BAR	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CAR	A	A	A	A	A	A
CBM	A	A	A	A	A	A
CXC	A	A	NA	EP	NA	NA
DC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
IBU	A	A	A	A	A	A
ITU	A	A	A	A	A	A
LDOU	NA	NA	NA	NA	NA	NA
MDM	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NAZ	A	NA	NA	NA	NA	EP
PRA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
RC	A	A	A	A	A	A
RIT	A	EP	NA	EP	A	A
SCM	A	A	A	A	A	A
SJDR	NA	NA	NA	NA	NA	NA
STG	EP	A	A	A	A	A
SVM	NA	NA	NA	NA	NA	NA

TIR	NA	NA	NA	NA	NA	NA
-----	----	----	----	----	----	----

Tabela 4

Atendimento do art. 7º, § 3º da lei 13.460/2017

Ente	Classificação				
	A	B	C	D	E
União	AP	AP	A	A	A
Estado MG	AP	AP	A	A	A
Município	-	-	-	-	-
AV	NA	NA	NA	NA	NA
BAR	NA	NA	EP	EP	EP
CAR	A	A	A	A	A
CBM	A	A	A	A	A
CXC	NA	EP	NA	NA	NA
DC	NA	NA	NA	NA	NA
IBU	A	A	A	A	A
ITU	A	A	A	A	A
LDOU	NA	NA	NA	NA	NA
MDM	NA	NA	NA	NA	NA
NAZ	NA	NA	EP	EP	A
PRA	NA	NA	NA	NA	NA
RC	A	A	A	A	A
RIT	EP	EP	EP	EP	EP
SCM	EP	EP	EP	EP	EP
SJDR	NA	NA	NA	NA	NA
STG	A	A	A	A	A
SVM	NA	NA	NA	NA	NA
TIR	NA	NA	NA	NA	NA

Tabela 5

Existência de Informações sobre as Políticas de Saúde em Redes no Site dos Municípios

Ente	Existência
União	A
Estado MG	A

Município	-
AV	NA
BAR	NA
CAR	NA
CBM	NA
CXC	NA
DC	NA
IBI	NA
ITU	NA
LDOU	NA
MDM	NA
NAZ	NA
PRA	NA
RC	NA
RIT	NA
SCM	NA
SJDR	NA
STG	NA
SVM	NA
TIR	NA

Pode-se verificar que o site do Ministério da Saúde, órgão da União responsável por tal serviço público, atende quase todos os requisitos, salvo no que tange à prioridade de atendimento, requisitos, que não consta na maioria dos serviços, conforme se verifica nas informações disponibilizadas pelo referido órgão.³⁹

No site do Estado de Minas Gerais, por sua vez, não se verificou menu ou link específico sobre a Carta de Serviços. Contudo, no menu “Cidadão”⁴⁰ consta uma série de serviços prestados pelo Estado, e, em cada menu abre um link para informações específicas sobre tais serviços, os quais contém as informações solicitadas pela Carta de Serviços. Há também o link

³⁹ Carta de Serviços do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2022).

⁴⁰ Site do Governo de Minas Gerais, Menu Cidadão (Governo de Minas Gerais, n.d.a).

“Transparência”, que leva ao link “Lei de Acesso à Informação”⁴¹ e ao “e-SIC”,⁴² sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão. Também se verificou que algumas informações foram parciais, como a questão do atendimento prioritário, que assim como a União, não constava na relação de todos os serviços, como no de “obtenção de assistência ambulatorial”,⁴³ por exemplo, e o prazo de prestação do serviço, que também não constava em todos os serviços, como no caso de “atendimento ambulatorial e domiciliar para crianças com doenças neuromusculares”.⁴⁴

Em ambos os sites, o procedimento de informações sobre procedimentos para receber e responder às manifestações dos usuários, exigido no art. 7º, § 3º, IV da Lei 13.460 (2017), é feito por meio de canais digitais, sendo a “Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS)”⁴⁵ no âmbito da União, conforme se extrai da Carta de Serviços, e, o “e-sic” no âmbito do Estado de Minas Gerais, conforme se extrai do site oficial do mesmo, no menu “transparência”, link “Lei de Acesso à Informação e-SIC”.

Já no site dos municípios analisados a situação é, no geral, mais crítica. Verificou-se que a maioria possui a citada Carta de Serviço, contudo, muitas são incompletas. Um dado relevante, também, é o expressivo número de municípios que ainda não têm a Carta de Serviços disponibilizada, descumprindo, totalmente, os comandos constitucionais e legais sobre o tema. Embora não seja a maioria, tal número se aproxima da metade, sendo, portanto, alarmante.

Notadamente sobre a gestão da saúde em redes, não se vislumbrou nenhuma informação específica no site dos municípios, cujas únicas e breves informações sobre saúde são as constantes na Carta de Serviços, como exposto anteriormente. Já no site da União e Estado de Minas Gerais localizaram-se algumas informações, das quais se destacam as seguintes, conforme tabela 6:

Tabela 6

Informações sobre Gestão em Redes de Saúde

Ente	Órgão	Site	Menu	Link (s)
------	-------	------	------	----------

⁴¹ Site do Governo de Minas Gerais, Menu Transparência, Link da Lei de Acesso à Informação (Governo de Minas Gerais, n.d.b).

⁴² Sistema Eletrônico de Serviços de Informação ao Cidadão – e-SIC (Governo de Minas Gerais, n.d.c).

⁴³ Serviço de Obtenção de Assistência Ambulatorial (Governo de Minas Gerais, n.d.d).

⁴⁴ Serviço de solicitação de atendimento ambulatorial e domiciliar para crianças com doenças neuromusculares (Governo de Minas Gerais, n.d.e).

⁴⁵ Cadastrar manifestação na Ouvidoria-Geral do SUS [OUVSUS] (Governo do Brasil, n.d.a).

União	Ministério da Saúde	https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus	Gestão do SUS	articulação interfederativa
				cooperação em saúde
				econômica da saúde no MS
				instrumentos de planejamento do SUS
				programação, regulação, controle e financiamento da MAC
parcerias com instituições públicas				
Estado de Minas Gerais	Secretaria de Estado da Saúde	https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/conheca-o-sus	Cidadão	conheça o SUS

Contudo, observou-se que cada link disponibilizado leva a outros que contém breves explicações sobre o tema, como o da “articulação interfederativa” no site da União, por exemplo, que traz outros links informativos,⁴⁶ como o da “comissão intergestores tripartite”, que dá uma breve explicação sobre o que seriam tais comissões⁴⁷. Da mesma forma são as informações encontradas no site da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, no menu “Cidadão”, link “conheça o SUS”,⁴⁸ que direciona para a biblioteca virtual do CONASS,⁴⁹ contendo material sobre o assunto. Embora possa ser um material compreensível para pessoas

⁴⁶ Articulação Interfederativa (Ministério da Saúde, n.d.d.).

⁴⁷ Comissão Intergestores Tripartite - “foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no SUS (Ministério da Saúde, n.d.e).

⁴⁸ Site da Secretaria de Estado de Saúde, menu “Cidadão”, link “Conheça o SUS” (Secretaria de Estado de Saúde, n.d.).

⁴⁹ A Gestão do SUS (CONASS, 2015).

da área, pode se mostrar complexo para pessoas mais leigas, faltando-lhe, portanto, a questão, da supracitada “compreensão”.

Apesar da infinidade de canais de informação entende-se, com relação às políticas públicas de saúde em redes, que houve uma falta de clareza, compreensão e conclusão, notadamente, se o acesso for buscado por pessoas mais leigas, sem muita instrução, que não conseguiriam extrair conclusões precisas sobre o assunto com esse excesso de informações específicas, como ponderam Leal e Maas (2020). Nesse aspecto, Mendel (2009), como citado em Leal e Maas (2020), ponderam que o Estado tem a obrigação de proteção dos direitos fundamentais, não bastando quanto à transparência, fornecer simples acesso às informações em sua posse, mas garantir muito mais, coletando e compilando tais informações, colocando-as ao público de forma simples e compreensível.

Ressalta-se que a falta desses requisitos pode atingir até mesmo pessoas com um nível mais elevado de instrução, mas que não possuem especialidade na área da saúde, como advogados e juízes, como destacam Leal e Maas (2020, p. 157):

Também, foi constatado que os receituários médicos com pedidos de medicamentos vêm com nomes comerciais diversos daqueles previstos na lista do SUS, o que reforça a judicialização pela marca do remédio, ignorando-se o princípio ativo, ou seja, há falta de informação especializada do Judiciário para dar conta dessas demandas e de organização da Secretaria da Saúde, que deve exigir dos médicos as receitas pelos princípios ativos, e não pelo nome comercial, visto que uma das exigências para requerer determinado medicamento ou procedimento, frente ao Poder Judiciário, é o paciente haver consultado, preferencialmente, com médico da rede pública.

Apesar dessas omissões nos sites oficiais dos entes públicos sobre as políticas públicas de saúde em redes, verificou-se que o Poder Judiciário, ciente da complexidade que envolve o julgamento de ações sobre o “direito à saúde”, expediu alguns atos sobre a matéria. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ),⁵⁰ publicou a Recomendação nº. 31 de 30/03/2010⁵¹ objetivando recomendar aos Tribunais do país que adotassem medidas para suporte aos magistrados e demais operadores do direito, para maior eficiência nas decisões envolvendo saúde.

Seguindo tais diretrizes, a Corregedoria-Geral de Justiça do Tribunal Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS), no Ofício-circular nº. 062/2015 – CGJ,⁵² estabeleceu protocolo mínimo

⁵⁰ É “uma instituição pública que visa a aperfeiçoar o trabalho do Judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual” (CNJ, n.d.).

⁵¹ Recomendação nº. 31 de 30/03/2010 (CNJ, 2010).

⁵² Ofício-Circular nº. 062/2015 – CGJ (TJRS, Corregedoria Geral, 2015).

para ingresso de ações na área da saúde, em especial de medicamentos, fazendo recomendações aos juízes dos citados juizados (Leal e Maas, 2020). Dentre as regras definidas no supracitado protocolo do TJRS, estão os requisitos mínimos para o receituário a ser apresentado pelo autor e a consulta ao sistema Administração de Medicamentos do Estado (AME), para fins de verificar se o medicamento consta de relação e ver sua finalidade.

Da mesma forma foi o TJMG, que disponibilizou canal de comunicação sobre o tema, denominado “TJ Saúde”.⁵³ Tal canal objetiva dar informações sobre a judicialização da saúde, para apoio a magistrados, profissionais do direito e da área técnica e demais pessoas interessadas, dentre as quais destaca-se o “NatJus”, Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário, que é uma rede de cooperação que objetiva dar apoio técnico aos juízes para julgamentos de ações envolvendo a saúde.

Notadamente quando a gestão da saúde, verificou no supracitado site do TJMG alguns informes⁵⁴ no sentido da solidariedade dos entes públicos da garantia desse direito, mas prevendo a responsabilidade financeira de cada ente, conforme pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, conforme se verifica no Informe nº 01, denominado “Solidariedade da Saúde”.⁵⁵

Apesar dessa iniciativa do Poder Judiciário, conclui-se que a mesma é muito sucinta e direcionada mais a um público específico (juízes, promotores, advogados, etc.), não sendo, portanto, satisfatória para suprir a lacuna deixada pelos entes públicos, que são os verdadeiros responsáveis por trazerem informações aos cidadãos, sendo, portanto, a fonte primária de pesquisa dos mesmos.

Nesse diapasão, apesar da maioria dos participantes informarem que existe transparência das ações em saúde e mesmo com a iniciativa do Poder Judiciário, entende-se, com base na manifestação do único participante do Grupo 3, de um dos participantes do grupo 4, que possui dentre suas prioridades de atendimento a gestão dos recursos da saúde, bem como na observação do site da União, Estados e dos municípios da população amostra, que são os responsáveis por darem informações ao cidadão, que a falta de informação e transparência clara sobre as políticas de saúde em redes pelos mesmos propicia o acionamento de entes

⁵³ TJ Saúde/NatJus (TJMG, n.d.c).

⁵⁴ Biblioteca Digital. Informes (TJMG, n.d.d).

⁵⁵ Informe nº 01 - A responsabilidade solidária da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, para as ações e serviços de saúde, tem natureza sistêmica, tanto que, por força do art. 198 da Constituição Federal e do art. 19-U, da Lei nº 8.080/90, a responsabilidade financeira pelos procedimentos, fornecimento de medicamentos e produtos de saúde e de interesse para a saúde e cada ente observará aquilo que estiver pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (TJMG, n.d.e).

incompetentes, e, conseqüentemente, decisões judiciais que não observam as regras constitucionais e legais de divisão de competências na citada área, já que o Poder Judiciário, por força do Tema de Repercussão Geral 793, deve observar a solidariedade do direito à saúde em suas decisões. Portanto, tal fator resta confirmado como hipótese que causa a inefetividade das políticas públicas de saúde.

Portanto, pode-se extrair que a dimensão “capital social”, composta dos fatores participação e fiscalização dos envolvidos, bem como a transparência nas ações, não é devidamente atendida no âmbito da população amostra, cuja falha, portanto, é prejudicial à efetividade da execução em redes das políticas públicas de saúde.

4.1.2.3 Da Sustentabilidade

A sustentabilidade, por sua vez, refere-se à necessidade de continuidade das ações, mesmo havendo troca de gestores. Sobre a mesma Junior e Shimizu (2017) fazem as seguintes colocações:

Não raro, ações em uma rede são interrompidas por troca de governos, mudanças ministeriais, reorganizações administrativas, interrupção de fluxo de recursos financeiros ou outros fatores externos. Em função disso, redes estão sujeitas a processo dinâmico, com contínua adaptação a transformações e busca permanente de aperfeiçoamentos. O grau de governança de uma rede depende da sua sustentabilidade. Ou seja, da capacidade de realizar ações contínuas, mesmo que com adaptações e de longa duração. Essa é a situação típica do SUS, com alta rotatividade de seus gestores. (p. 1093)

Sobre esse aspecto, os representantes do grupo 1, informaram que as ações e serviços de saúde em seus respectivos municípios são contínuas, o que também foi corroborado por alguns participantes do grupo 4, como o Participante/entidade 1, que ponderou que geralmente “ação ou programa implantado tende a ser executado permanentemente nos municípios, salvo se a fonte de financiamento for cessada” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), o Participante/entidade 4, que destacou que em “geral, sim já que a maioria das ações tem fundamento em lei, o que obriga o gestor” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023).

Outro participante do grupo 4, apesar de responder que sim ao quesito em referência, destacou a questão da possibilidade de descontinuidade das ações públicas nos casos de alternância de poder, ou seja, quando assume representantes com ideologias opostas ao seu antecessor (Participante/entidade 3).

Já outro participante do grupo 4 manifestou-se no sentido de não haver essa continuidade, tendo aduzido que apenas haveria continuidade “nas ações de média complexidade voltadas para atendimentos de consultas e exames nos centros intermunicipais e entidades de saúde regionais”, o que não se verificaria no âmbito municipal, em que há poucas ações contínuas de prevenção e controle (Participante/entidade 5, comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Em que pese a maioria dos entrevistados afirmar que existe uma continuidade das ações de saúde, entende-se, com amparo nos levantamentos realizados pelo CONASEMS e CONASS, bem como na manifestação de participantes do grupo 4, que não há essa continuidade, em virtude das constantes trocas de gestores e até mesmo de servidores nos municípios da população amostra.

Para manutenção da sustentabilidade, o CONASEMS e CONASS adotam uma série de iniciativas para acolhimento de novos gestores, de modo a conscientizá-los acerca da importância da continuidade das ações em curso e para que os mesmos não promovam tantas mudanças quando da assunção de seus cargos, como apontam Junior e Shimizu (2017).

Quanto à troca dos representantes no Brasil, verifica-se que os do Poder Executivo, seus mandatos são de quatro anos,⁵⁶ já dos membros do Poder Legislativo varia, sendo quatro anos para os membros do Poder Legislativo Municipal,⁵⁷ Estadual,⁵⁸ Distrital⁵⁹ e para Federais,⁶⁰ e, de oito anos para membros do Senado Federal.⁶¹ Essa rotatividade dos Chefes do Poder Executivo e Legislativo é o que leva à possível descontinuidade das políticas públicas, como se extrai das supracitadas colocações do participante/entidade 3, haja vista a diversidade de ideologias políticas pregada por cada representante eleito.

Já a rotatividade dos gestores da saúde e dos servidores que atuam na área, ocasionada tanto pela troca de governo, como no curso do mandato, enseja interrupção ou retardamento dos trabalhos, quer pelas mudanças de diretrizes, quer, muitas das vezes, do treinamento dos novos atores envolvidos, o que demanda tempo para os ajustes necessários e retomada plena da execução das ações.

Insta salientar que o fato de uma ação estar prevista em lei ou no plano municipal de saúde não dá garantia plena de sua continuidade, como apontado pelo Participante/entidade 4,

⁵⁶ Art. 29, I, art. 28 e art. 82 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁵⁷ Art. 29, I da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁵⁸ Art. 27, § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁵⁹ Art. 32, § 3º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁶⁰ Art. 44, § 3º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁶¹ Art. 46, § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

que ponderou que tais instrumentos podem sofrer alterações, com envio de projeto de lei e respectiva aprovação do Poder Legislativo.

Nesse diapasão, conclui-se que a inobservância do fator “sustentabilidade” pode, sim, ser considerado como causador da inefetividade da execução em redes das políticas públicas de saúde.

4.1.2.4 Da Institucionalização

No que tange à institucionalização, Junior e Shimizu (2017) ponderam que é a necessidade de normas e procedimentos bem definidos, que delimite divisão de competências, decisões e atribuições dos atores envolvidos, de modo a dispor de maior grau de governabilidade, as quais não podem, contudo, ser excessivas e formais em demasia, o que pode levar a dificuldades na participação dos atores e coordenação das redes.

Sob esse aspecto, os participantes do Grupo 1 informaram que as normas de política pública de saúde são de fácil compreensão, tendo o Participante 1 até completado que seu município é “muito bem assessorados pelo Consórcio de Saúde e pela Associação de Municípios” (comunicação pessoal, 01 de março de 2023) dos quais é consorciado e participa, respectivamente.

Já os participantes do Grupo 4 informaram que as normas aplicáveis não são compreensíveis, tendo alguns feito considerações sobre o assunto, como o Participante/entidade 1, que aduziu que além “de serem complexas, são editadas em grande volume, dificultando o acompanhamento, o entendimento e a execução” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), o Participante/entidade 2 que mencionou que o arcabouço jurídico é gigantesco, contendo uma infinidade de normas com uma linguagem de difícil compreensão, sem clareza, e, principalmente sem definição de competências, sendo que tais normas, muitas vezes, não seriam acompanhadas pelos gestores, o Participante/entidade 3, que destacou que muitas “normas não, principalmente as que versam sobre recursos, apresentando metodologias muitas vezes sem muita explicação” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023) e o Participante/entidade 5, que informou que as “normas são muito complexas, principalmente quanto aos critérios de distribuição e aplicação dos recursos” (comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Considerando o referencial teórico sobre o tema, bem como os dados colhidos junto ao grupo 4, pode-se afirmar que não há uma institucionalização adequada no Brasil no âmbito das

políticas públicas de saúde, haja vista o excesso e complexidade das normas aplicáveis, como ponderado por alguns dos participantes acima.

Normas unificadas, principalmente com previsões expressas no texto constitucional, promoveria, certamente, uma consolidação das redes. Tal fato levaria a possíveis decisões judiciais mais coerentes no que tange à universalidade do direito à saúde dentro das regras de hierarquia e regionalização, o que pode ser corroborado pela colocação de um dos participantes do Grupo 2 abaixo destacadas:

Não apenas o Tema 793 poderia ser revisto, como o próprio texto constitucional também poderia ser revisto, já que o sistema de repartição de competências não é considerado como cláusula pétrea. Dessa forma, não seria necessário que o Poder Judiciário determinasse qual ente é competente para cumprir sua obrigação constitucional de oferecer medicamento ou tratamento, sendo tal múnus de competência do constituinte derivado reformador (Advogado 8, comunicação pessoal, 10 de janeiro de 2023).

Portanto, pode-se concluir que a falta de normas e procedimentos para estruturação das redes de políticas públicas, com definições sobre campos de decisão, atribuições e competências mais objetivas e operacionais são causas da inefetividade das políticas públicas de saúde.

4.1.2.5 Da Informação

O fator “informação e análise”, por sua vez, significa impactos positivos na efetividade da capacidade da governança em redes, haja vista que planejamento e implementação de ações necessitam de fluxos de informações precisas, seguras e ágeis para fins de tomada de decisões, como ponderam Junior e Shimizu (2017). Para os citados autores, o grau de governabilidade de uma rede está atrelado à confiabilidade do fluxo de informações entre os atores envolvidos. Informações que não sejam objetivas e não transitem em tempo hábil não geram decisões ou se geram, podem ser ineficazes.

Pelas colocações do Grupo 1, o fluxo das informações sobre as políticas de saúde é rápido, o que destoa das colocações do Grupo 4, que responderam negativamente à tal questão, tendo o Participante/entidade 5 ressaltado, ainda, que sobre “o aspecto de gestão de recursos, há pouca informação, especialmente sobre a aplicação dos mesmos o que dificulta a análise e tomada de decisão” (comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Ademais, tal fator é muito frágil no SUS, que com seus inumeráveis sistemas de informações, com finalidades, regramentos diferentes, normativos fragmentados, como

apontado no fator “institucionalização”, inoperância reduzida e mínima aderência das equipes responsáveis nos municípios aos processos de trabalho (Junior e Shimizu, 2017).

Sobre a aderência das equipes responsáveis nos municípios aos processos de trabalho, é imperioso fazer um paralelo do mesmo com o fator da “sustentabilidade”, pois a grande rotatividade dos agentes envolvidos na saúde é extremamente prejudicial para o fluxo de informações. Pessoas novas, que não estão acostumadas com a área da saúde, certamente necessitarão se inteirarem sobre a mesma, o que impactará no fluxo das informações, e, conseqüentemente, a aderência das equipes responsáveis nos municípios aos processos de trabalho.

Ante as colocações do grupo 4, que lidam com a realidade da população amostra, pode-se concluir que não há, notadamente na área da saúde, fluxos de informações precisas, seguras e ágeis para fins de tomada de decisões, confirmando, portanto, esse fato como prejudicial à execução das políticas públicas de saúde em redes.

4.1.2.6 Da Capacitação dos Atores

Quanto à capacitação dos atores envolvidos no processo de gestão em redes, a mesma consistiria na formação adequada para atuar em conjunto. As constantes falhas de comunicação geram dificuldades para solução de problemas, haja vista a ausência de uma rápida percepção dos mesmos, ante à falta de harmonia de objetivos e metas definidas. Notadamente na área de atenção básica em saúde, pode-se afirmar que os profissionais que atuam na mesma possuem uma formação segmentada, mais direcionada ao mercado, o que implica em prejuízo ao trabalho em rede, ante à ausência de uma busca pela integralidade do atendimento (Goldsmith & Eggers, 2004; Correia et al., 2019).

O gerenciamento do governo em redes demanda uma capacidade interna diferente, necessitando de agentes experientes, com capacidades de enxergar como ajustes e parceiros distintos têm condições de produzir diversos resultados, o que infelizmente não é verificado na maioria dos governos, como bem ponderado Goldsmith e Eggers (2004, p. 49):

Managing network government requires a different kind of internal capacity than managing public employees. Good network procurement capacity requires the participation of individuals with broad experience and the ability to see how varied configurations produce different outcomes and how different partners produce differing results. Unfortunately these skills and competencies are in short supply in most governments. The federal government, for example, faces a huge shortage of highly

trained project managers to oversee its thousands of multimillion-dollar projects—the majority of which are delivered through various kinds of contracts.

Segundo o grupo 1, os servidores envolvidos na execução das políticas públicas de saúde em redes são capacitados para essa forma de gestão. Alguns participantes do grupo 4 também fizeram tal afirmação, e, ainda fizeram complementos, como o Participante/entidade 2 que aduziu que em “alguns casos existem treinamento do Estado/CONSEMS” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023) e o Participante/entidade 3, que a mesma existe, mas “poderia haver mais capacitação” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023).

Contudo, pela resposta dada pela maioria dos integrantes do grupo 4 com relação à falta de “comunicação entre os envolvidos”, quer entre os mesmos ou entre estes e a sociedade, pode-se concluir que essa capacitação inexistente ou é insuficiente, a ponto de não permitir que os agentes envolvidos possuam uma boa inteiração, que seria a consequência de capacitações adequadas. Tal fato também pode ser confirmado pela própria fala de alguns participantes do Grupo 4 supratranscritas, que colocaram a existência de algumas capacitações, mas que seria necessário haver mais, bem como a de outro participante, que respondendo negativamente a tal quesito, complementou que na “elaboração de planos municipais, políticas públicas e gestão de recursos há pouca capacitação” (Participante/entidade 5, comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Portanto, pode-se concluir que a ausência ou insuficiência de capacitação adequada dos agentes envolvidos na execução em redes das políticas públicas de saúde é um fator prejudicial para essa forma de gestão.

Insta salientar que essa realidade se mostra bem pior nos municípios, em especial nos de pequeno porte, que contam com reduzido contingente de pessoal em suas diversas áreas. Com as diversas demandas a serem realizadas nesses municípios, a capacitação de servidores não é algo presente ou primordial em suas rotinas, sendo negadas ou postergadas, ou insuficientes, como confirmado nas supracitadas falas de um dos participantes/entidades.

Com os dados colhidos, pode-se confirmar a hipótese levantada de que as falhas operacionais apontadas, quais seja, reduzida estrutura e instrumentos de coordenação, capital social, comunicação entre atores, sustentabilidade, institucionalização, informação, e, atores desengajados, prejudicam a concretização de uma efetiva execução em redes das políticas públicas de saúde.

4.1.3 Dos Problemas Políticos – Da Insuficiência do Orçamento e da Disponibilidade Financeira destinados pelos Entes Públicos à Saúde, que demonstram a Falta de Planejamento dos vários Entes Públicos em Matéria de Saúde

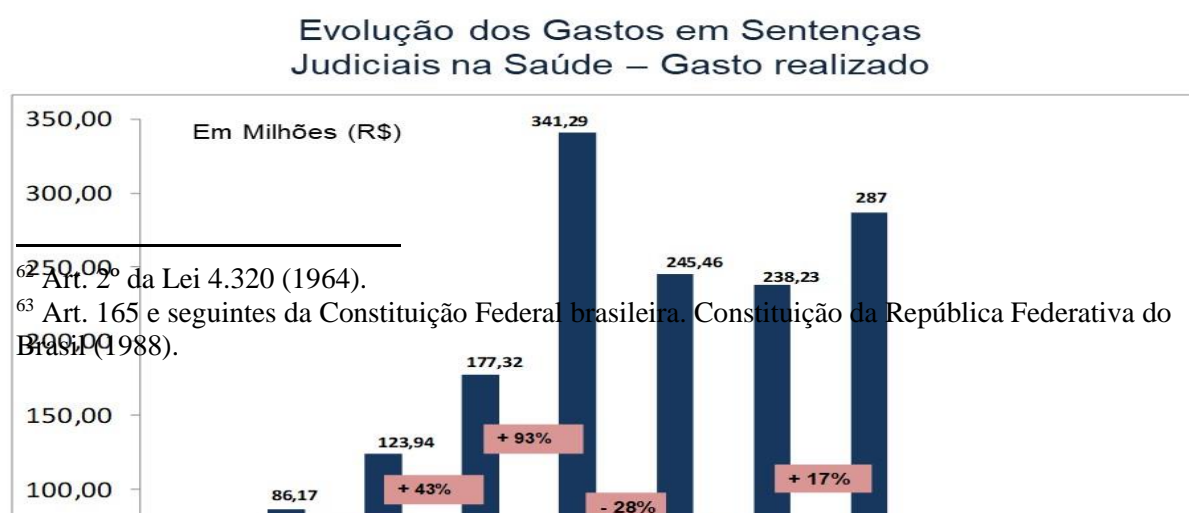
O orçamento público⁶² objetiva fixar receitas e despesas dos entes públicos, vinculando os mesmos quando da execução das políticas públicas. A inobservância desse instrumento enseja ofensa ao princípio da legalidade, insculpido no art. 37 da CF/88. Esse orçamento nasce da aprovação dos instrumentos de planejamento, que são leis de iniciativa do Poder Executivo, sendo plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária.⁶³ Apesar de todas as possíveis despesas e receitas do órgão dever constar desse orçamento, o que se verifica, com frequência, são previsões deficitárias, tanto das despesas quanto das receitas públicas.

No que tange à previsão de despesas, os órgãos públicos possuem apenas estimativas de seus gastos, geralmente balizadas pelo consumo realizado nos anos anteriores. As projeções para os próximos anos mostram-se como grandes desafios aos gestores, ainda mais relacionado à área da saúde, que é uma demanda complexa e infinita. A receita, por sua vez, é finita, e, suas projeções, muitas vezes, tornam-se frustradas, pois depende da captação de recursos junto aos cidadãos, com o pagamento de impostos, ou das transferências de outros entes públicos. Além dessa imprevisibilidade, os gestores públicos, em suas políticas fiscais, costumam prever muitos benefícios fiscais, o que também acaba por ensejar orçamentos deficitários.

Insta ressaltar que os gastos com a saúde são muito altos, ante a complexidade de diversidade da matéria, o que torna, cada vez mais difícil, para não dizer impossível, a fixação de despesas e receitas precisas, ou seja, que comportem todos os gastos reais nessa área. Nesse aspecto, veja levantamento feito pelo TJMG, intitulado “Evolução dos Gastos em sentença Judiciais na Saúde – Gasto realizado”, e materializado na figura 1 a seguir:

Figura 1

Gastos com Sentença em Saúde



Fonte: TJMG (n.d.f). Gráfico de gastos em sentenças judiciais na Saúde. Biblioteca Digital. Disponível em:

https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/8383?mode=full&submit_simple=Mostrar+o+registro+em+formato+completo

Sobre esse aspecto, a maioria dos participantes do Grupo 1 afirmaram que as previsões orçamentárias e financeiras da população amostra são irrisórias frente à alta demanda em matéria da saúde, tendo alguns feito complementações, como o Participante 1, que destacou que a “saúde é uma parte da Administração que apresenta muitas variações e demandas emergenciais que podem fugir da lei orçamentária” (comunicação pessoal, 01 de março de 2023) e o Participante 3, que fez as seguintes ponderações:

Não, pois após a COVID parte da população teve de escolher prioridades e os planos de saúde teve de deixar de ser prioridade para teve que migrar para o SUS e o orçamento das 3 partes, “União, Estado e Município” não supre esta grande demanda (Participante 3, comunicação pessoal, 10 de janeiro de 2023).

Da mesma forma foram as colocações de participantes do Grupo 4, como o Participante/entidade 1, que destacou que a insuficiência dos recursos se dá frente aos “altos custos dos procedimentos, insumos e da mão-de-obra e da crescente demanda” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), o Participante/entidade 2, que aduziu que “a demanda reprimida decorrente da pandemia e a demanda espontânea que surge faz com que os valores planejados não sejam suficientes para atender satisfatoriamente toda a população” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), o Participante/entidade 3, que informou que as demandas não são suficientes, “principalmente porque os municípios estão assumindo cada vez mais atribuições de outros entes” (comunicação pessoal, 30 de janeiro de 2023), e, por fim, as colocações do Participante/entidade 5, que fez as seguintes colocações:

A Constituição Federal estabelece que os municípios devem gastar no mínimo 15% em saúde. Não vejo dificuldade dos municípios atingirem este índice, mas evidentemente nunca é suficientes para atender a população da forma ideal. (Participante/entidade 4). A maioria das demandas nos municípios são para atendimento de média e alta complexidade. E neste caso, se o município não possui gestão plena, não é financiado pela União e Estado. Assim, o município tem que arcar com os seus recursos ordinários para atendimento destas demandas; e quase sempre ultrapassa o mínimo constitucional de aplicação em saúde de 15%. A média de aplicação em ações e serviços públicos de saúde é entre 20% e 25% da base de cálculo; comprometendo boa parte do orçamento municipal (Participante/entidade 5, comunicação pessoal, 10 de fevereiro de 2023).

Outro participante do Grupo 1, o Participante 2 informou que as disponibilidades orçamentárias de seu município eram suficientes, visto tratar-se de uma cidade mineradora, o que possibilita o aumento de sua arrecadação e proporcionalmente dos recursos da saúde (15% mínimos constitucionais). Contudo, o participante pondera que reconhece que esta não é a realidade dos demais municípios, “pois não é possível fazer saúde só com os 15%, sendo que a própria média nacional gira em torno de 22 % a 23%” (comunicação pessoal, 01 de fevereiro de 2023).

Sobre os gastos com a saúde, a CF/88⁶⁴ e a Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012⁶⁵ (Presidência da República do Brasil, 2012) previram percentuais mínimos para os entes públicos, sendo: 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro para União,⁶⁶ 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos de suas competências⁶⁷ e os da repartição de receitas⁶⁸ para Estados e Distrito Federal,⁶⁹ e, 15% da arrecadação de seus impostos⁷⁰ e também da repartição de receitas⁷¹ para Municípios e Distrito Federal.⁷² Insta ressaltar que o Distrito Federal guarda tanto as competências do Estado como as dos municípios, como preceitua a CF/88.⁷³

⁶⁴ Art. 198, § 2º, I da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁶⁵ Art. 6º e 7º da Lei Complementar nº 141 (2012).

⁶⁶ Art. 198, § 2º, I da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁶⁷ Art. 155 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁶⁸ Art. 157, 159, I e II da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁶⁹ Art. 6º da Lei Complementar nº 141 (2012).

⁷⁰ Art. 156 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁷¹ Art. 158, 159, I, a e § 3º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

⁷² Art. 7º da Lei Complementar nº 141 (2012).

⁷³ Art. 32, § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

Como pontuado pelo participante/entidade 5, os municípios que não possuem gestão plena,⁷⁴ não recebem recursos do Estado e da União para as atividades de médio e alto risco, e, acabam arcando com despesas relacionadas à responsabilidade desses entes, quer por previsões em seus próprios orçamentos, quer devido a condenações judiciais em saúde, como abordado no item 4.1.1 deste trabalho. Tal situação acaba por impactar o orçamento destes entes, prejudicando todas as ações planejadas, inclusive da saúde, quer individuais como as redes.

Insta ressaltar como exposto pelo participante 3, que esse quadro de insuficiência orçamentária e financeira se agravou após a Pandemia do COVID-19, onde todos os entes, como o restante da população mundial, tiveram que juntar esforços para enfrentamento da pandemia e seus nefastos efeitos, tais como pesquisas para produção de vacinas, compras das mesmas e diversos insumos de saúde, concessão de auxílios financeiros à grande parte da população que foi impedida de trabalhar, medidas de recuperação da economia. Nesse diapasão, além das despesas corriqueiras, que já são muitas, os entes tiveram que alocar recursos orçamentários e financeiros para enfrentamento desse grande problema que afetou a população, o que, conseqüentemente ensejou direcionamento de recursos insuficientes para execução de outras ações, inclusive da saúde.

Com essa insuficiência orçamentária e financeira não há como se conseguir bons coordenadores, ou mesmo capacitar os mesmos e o pessoal envolvidos nessa forma de gestão. Também não é possível ter fiscalizações efetivas, haja vista o excesso de demandas e o reduzido contingente de pessoal. Portanto, pode-se concluir que tal fator é prejudicial à efetividade das políticas públicas de saúde em redes, confirmando-se a hipóteses levantada.

⁷⁴ Portaria nº. 372, de 27 de fevereiro de 2002 e Portaria 384, de 04 de abril de 2003 (Ministério da Saúde, 2002, 2003).

PARTE III
CONCLUSÃO

Conclusão

Com a ineficácia do método tradicional hierárquico, que se fundamenta em decisões unilaterais, e, passou a não permitir à Administração Pública o atingimento satisfatório de seus objetivos, foi necessária a busca de novas formas de gestão, que proporcionassem mais eficácia nas ações públicas. Nesse diapasão, surgiu a governança em redes, uma forma de gestão muito utilizada na esfera organizacional, que sempre busca se modernizar, sem muitas dificuldades, almejando eficiência no atingimento de resultados (Goldsmith & Eggers, 2004).

No Brasil, desde a década de 1990, várias políticas públicas já foram pensadas, pelo menos a nível legal, para execução em rede, envolvendo atores institucionais das três esferas de governo, quais sejam, federal, estadual e municipal. Com stakeholders privados, por outro lado, essa forma de gestão é mais recente e vem se desenvolvendo e se intensificando, cada dia mais, nos últimos anos.

Para atingimento adequado de seus objetivos, e ante a complexidade e grande demanda, a saúde é um típico exemplo de políticas públicas que necessitam ser formulada e executada em redes. Para tanto, faz-se necessária uma governança efetiva, que alcance os atores envolvidos, incentive a cooperação e elimine conflitos objetivando ganhos comuns. Embora as vantagens das redes sejam patentes, a mesma encontra uma série de barreiras que dificultam sua plena execução, o que se verifica tanto entre organizações, como no âmbito público.

Apesar de proporcionar, indubitavelmente, melhor valor público, a governança em redes é uma forma de gestão que esbarra em diversos desafios, tais como o conflito de convivência dessa forma de gestão com a anterior, falhas de coordenação, de comunicação, necessidade de garantir a proteção dos interesses públicos e privados, dentre outros (Goldsmith & Eggers, 2004). Notadamente com relação às políticas de saúde no Brasil, o presente estudo teve por escopo afirmar que as mesmas, seguindo o padrão geral, não são efetivas, haja vista os desafios e constrangimentos verificados na Microrregião dos Campos das Vertentes, no Estado de Minas Gerais, no Brasil, os quais foram divididos em barreiras institucionais, operacionais e políticas.

No que tange às barreiras institucionais, consistente na colisão entre os Poderes da República sobre a garantia do direito à saúde, pode-se confirmar a hipótese de que decisões judiciais que não observam as regras constitucionais e legais de hierarquia e divisão de competências em saúde prejudicam a execução em redes das políticas públicas da saúde.

A saúde é um direito previsto na CF/88, notadamente art. 196 e 198, devendo sim ser garantida pelo Estado, em todos os seus níveis (federal, estadual e municipal), a qualquer cidadão que dela necessitar. Em que pese essa universalidade, sua prestação ao cidadão, de

acordo com as regras constitucionais de hierarquia e regionalização, deve ser prestada pelos entes estatais conforme a complexidade da demanda, sendo a União responsável pelos serviços de alta complexidade, o Estado os de média, e, os Municípios os de baixa complexidade, conforme normas de divisão de competência em saúde, notadamente as prescritas na Lei nº. 8.080 (1990), que trouxe, dentre seus princípios, a ideia de descentralização, ou seja, que os serviços de caráter local devam ficar na competência do Município, com apoio do Estado e União, e, os de referência regional ou estadual devam ficar com o Estado, com apoio da União. Tal pensamento foi superado, posteriormente, pelos ciclos de construção de regiões de saúde ou regionalização das RAS, cuja finalidade era dar respostas específicas de saúde, por meio de ciclos plenos de atendimento.

A lei supracitada não disciplinou de uma forma mais abrangente, explícita, as competências assistenciais em saúde, surgindo a necessidade de normas infralegais complementares, tais como: a Portaria GM/MS nº. 399/2006 do Ministério da Saúde, que divulgou o Pacto pela Saúde, e teve, dentre outros objetivos, delegou ao ente município apenas a atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, sendo os serviços de alta e média complexidade executados pelos mesmos mediante pactuação com o Estado ou União (CONASS, 2007); o Decreto nº. 7.508 (2011), que regulamentou a Lei nº. 8.080 (1990) e, a Portaria GM/MS nº. 2135/2013, que estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2013).

Apesar de todo regramento constitucional e legal sobre a matéria, o que se verificou na jurisprudência selecionada até o ano de 2019, em que foi publicado o Tema de Repercussão Geral 0793 pelo STF, era a inobservância sistêmica das referidas normas. Tal situação, além de ensejar um quadro de insegurança jurídica, face a interpretações que não consideravam sistematicamente todos os regramentos constitucionais e legais aplicáveis, causava desequilíbrio entre os entes públicos, notadamente os municípios, que sempre foram os mais atingidos com as consequências dessas decisões, e isso sem qualquer ressarcimento. Esse pensamento primava, tão somente, pela solidariedade do direito à saúde, previsto no art. 196 da CF/88, sem considerar a previsão da divisão e hierarquia previstas no art. 198 da CF/88 (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), Lei nº. 8.080 (1990) e atos infralegais sobre a matéria.

Após o Tema de Repercussão Geral nº 0793, o posicionamento das Cortes de Justiça foi alterado, e, pela sistemática da repercussão geral, que faz com que sua observância se torne obrigatória pelas demais instâncias julgadoras. Apesar de manter o posicionamento da

solidariedade, passou a considerar os critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, prevendo o direito de ressarcimento ao ente incompetente, segundo normas de divisão de competência em saúde, que suportar o ônus financeiro da citada decisão.

Essa mudança constituiu, indubitavelmente, em um grande avanço, já que garantiu o ressarcimento ao ente que suportar a decisão judicial. Contudo, as normas de descentralização e hierarquia, previstas no art. 198 não estariam sendo cumpridas devidamente, enquanto ainda possibilita que as ações sobre saúde sejam direcionadas para todos os entes, sendo os mesmos impelidos a cumprirem decisões cujas competências não lhes pertence. Ademais, é importante ressaltar que o ressarcimento financeiro desses entes não é imediato, podendo, inclusive, demorar bastante, caso os valores tenham de ser pagos pela sistemática dos precatórios, o que inegavelmente atrapalha o planejamento orçamentário e financeiro das ações presentes planejadas.

Portanto, pode-se concluir que a atuação judicial que não leva em conta as previsões constitucionais e legais sobre saúde constitui fator que prejudica a efetividade das redes de políticas públicas de saúde, como outras também, confirmando-se, portanto, tal hipótese.

Ressalta-se que há uma tendência de que as sentenças condenem, primeiramente, o ente competente para prestação pleiteada, conforme regras de divisão de competências, e, tão somente, no caso de não cumprimento, é que a sentença será direcionada aos demais entes. Nesse caso, mostra-se um quadro mais justo e coerente com as regras constitucionais vigentes, de modo que o cidadão será assistido pelo Estado, mas pelo ente realmente compete para tanto.

As barreiras operacionais por sua vez, são várias. O processo de execução das redes, geralmente é usado para atividades que demandam maior complexidade, e necessitam, portanto, da conjugação de vários fatores, tais como: estrutura e instrumentos de coordenação adequados, capital social, sustentabilidade das ações, institucionalização adequada, informações e atores comprometidos e que se relacionam bem. A ausência de qualquer desses elementos prejudica a engrenagem para uma boa execução das políticas públicas.

Quanto às estruturas e instrumentos de coordenação adequados para atingir a articulação dos diversos atores envolvidos nas redes, pode-se afirmar que falta apoio aos coordenadores para um planejamento e coordenação da execução das políticas públicas de saúde, gerando, conseqüentemente, um patente prejuízo ao alcance de seus objetivos. O planejamento que se verifica é praticamente inexistente ou precários, e sem muita coordenação, sem falar que levam em conta panoramas individuais e pontuais e não gerais, resultado uma ineficiência de aplicação de recursos. A comunicação entre os agentes também é falha, bem como falta implementação

de instrumentos gerenciais de controle, sem falar da precariedade das tecnologias de informação, que não permitem agilidade na coleta de dados.

Um bom instrumento de coordenação seria a construção adequada de planos municipais de saúde, que são meios de planejamento para definir todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos, definindo as estratégias necessárias, pessoal envolvido, capacitações, fiscalizações, dentre outros. Contudo, o que se verifica na maioria dos municípios brasileiros é a construção de planos de saúde que não levam em consideração as especificidades da população e nem são submetidos à atualização como deveriam.

Portanto, pode-se concluir que tal fator pode sim ser considerado como causador da inefetividade da execução em redes das políticas públicas de saúde, sendo o investimento em instrumentos de coordenação adequados, como a elaboração de planos de saúde que levem em conta a realidade do órgão, melhora na comunicação entre os agentes, seja a pessoal ou via tecnologias da informação apropriados, soluções para resolução desse problema.

Quanto ao capital social, consistente no clima de credibilidade e confiança recíprocos entre os agentes, proporcionados por normas, com ampla participação dos envolvidos, transparência e fiscalização dos mesmos na tomada de decisões, bem como a comunicação entre eles, como referem Calmon e Costa (2013), citados em Junior e Shimizu (2017) e Putnam (2000), citado por Cook, Halsall e Wankhade (2015), pode-se constatar que as políticas públicas de saúde carecem da presença adequada de tais fatores.

Não há interação adequada entre os agentes políticos⁷⁵ e servidores⁷⁶ envolvidos nas políticas públicas de saúde, nem entre estes e os destinatários dessas políticas. A atuação dos conselhos de saúde, que são importantes instrumentos de planejamento e acompanhamento da execução das políticas públicas de saúde, por exemplo, é deficitária, notadamente com relação à participação dos usuários. Os sistemas de consulta existentes apresentam duplicidade e as informações são bem escassas, o que dificulta a interação entre os envolvidos.

Para alteração desse quadro, seriam necessários investimentos em novas formas de comunicação entre os atores envolvidos nas políticas públicas de saúde, criando meios mais ágeis e fáceis para circulação das informações, notadamente para os usuários, que esperam soluções rápidas, mas não possuem muito interesse na construção de políticas públicas,

⁷⁵ Que ocupam cargos eletivos, nomeados ou designados, nos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, conforme previsões da própria Constituição Federal (Controladoria Geral da União, 2014).

⁷⁶ Servidores concursados ou nomeados para cargos em comissão, de livre nomeação e exoneração, exceto cargo de ministro e secretário, nos termos do art. 37, II c/c art. 39 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

notadamente as da saúde, que é um típico exemplo de política que demanda um frequente feedback para melhorar as deficiências apresentadas. Como exemplo desses meios de comunicação pode-se citar a criação de canais específicos sobre saúde, em especial para proposição e discussão dessas políticas pelo conselho municipal de saúde e por todos os usuários desse importante serviços público.

No que tange à transparência, que também é componente desse capital social, segundo Junior e Shimizu (2017), verificou-se, que as ações e serviços públicos de saúde não são transparentes. Mesmo com a implantação de alguns mecanismos de publicidade e transparência, como a Carta de Serviços, que é uma imposição da Constituição brasileira e Lei nº. 13.460 (2017), e, os instrumentos para atendimento à lei de acesso à informação - Lei 12.527 (2011), o quadro que se apresenta é de uma transparência ou inexistente, ou superficial, que não atinge devidamente o público alvo, no caso, os usuários dos serviços públicos de saúde.

Verificou-se que os sites oficiais contemplam informações sobre saúde, todavia, as mesmas não são suficientes e/ou claras, notadamente com relação à repartição de competências em saúde.

O site da União contempla a Carta de Serviços, atendendo, de modo geral as previsões da Lei 13.460 (2017), salvo inexistência de algumas informações, e, mesmo assim, relativo a alguns serviços, como a questão do atendimento prioritário, por exemplo. Também se verificou a existência de canais eletrônicos de comunicação com o cidadão, qual seja, “Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS)”, atendendo, a princípio, as previsões constitucionais e as da lei 12.527 (2011).

Já o site do Estado não se verificou a Carta de Serviços em si, mas o site, no menu “Cidadão”, consta uma série de serviços prestados pelo Estado, e, em cada menu abre um link para informações específicas sobre tais serviços, os quais contém as informações solicitadas pelo citado instrumento. O link “Transparência” traz mecanismos de comunicação entre Estado e o cidadão. Também se verificou que algumas informações foram parciais, como a questão do atendimento prioritário e o prazo de prestação do serviço, os quais não constava em todos os serviços como alhures exemplificado.

Já a transparência e informação nos municípios apresenta uma situação mais crítica, já que os sites desses entes, em sua maioria, para não generalizar, não contemplam informações adequadas sobre as políticas públicas de saúde em redes. As poucas informações sobre saúde foram verificadas nas Cartas de Serviços, sendo que a maioria é incompleta e alguns nem possuem esse instrumento de informação.

Ressalta-se que não basta ter leis se elas não forem plenamente efetivas, e, notadamente quanto à transparência ativa das políticas públicas de saúde, não se vislumbrou tal efetividade já que uma pessoa mediana não conseguiria extrair conclusões rápidas quanto às políticas públicas de saúde, em especial as em redes, cuja desinformação leva, muitas vezes, ao acionamento errôneo de entes incompetentes perante o Poder Judiciário, e, conseqüentemente, às decisões judiciais que só observam a solidariedade da garantia constitucional do direito à saúde, em detrimento das regras constitucionais e legais sobre divisão de competências sobre saúde. Insta salientar que essa falta de informação também poderia atingir pessoas com graus de instrução maiores, mas sem conhecimentos especializados sobre o assunto, tais como juízes, advogados, defensores e promotores.

Entende-se que tais sites deveriam ser padronizados, notadamente com relação às informações sobre a Carta de Serviços, seguindo um checklist predefinido, onde todos os campos devem ser preenchidos, informando se há ou não o dado exigido pela lei. Essa falta de padronização leva, muitas vezes, à conclusão (ou falsa conclusão!) de que a informação disponibilizada não está atendendo às citadas leis de transparência e informação, e, às vezes, o que falta seria simplesmente prever “expressamente” que a informação é necessária para aquele serviço ou que não se aplica.

O Poder Judiciário, conhecedor da complexidade que paira sobre as questões de saúde, até procurou definir diretrizes a serem seguidas nas ações envolvendo tal direito, dentre as quais, destaca-se a disponibilização de canais de informação sobre saúde, como o “NatJus” do TJMG. Contudo, entende-se que essa iniciativa do Poder Judiciário não foi suficiente para suprir essa carência de informações dos sites oficiais da Administração Pública, já que os entes incompetentes, à luz das divisões de competência em saúde, continuam sendo acionados judicialmente, estando o Poder Judiciário atrelado ao Tema de Repercussão Geral nº. 793, que leva em conta a solidariedade do direito à saúde, com direcionamento do ressarcimento ao ente que suportar a condenação.

Portanto, pode-se concluir que a falta de informação e transparência adequados sobre as políticas de saúde em redes por parte da Administração Pública, de todas as esferas de Governo, que é a responsável por prestar informações ao cidadão, propicia o acionamento de entes incompetentes, e, conseqüentemente, leva a decisões judiciais que não observam as regras constitucionais e legais de divisão de competências na citada área, ante a presença desses entes no polo passivo das demandas e o atrelamento das decisões ao entendimento proferido pelo Tema de Repercussão Geral 793 do STF.

Quanto à fiscalização da execução das ações em saúde, outro fator do capital social, também se verificou que a mesma não se mostra suficiente, como apurações realizadas. Câmaras Municipais, TCEMG, Controle Interno dos Municípios, Ministério Público, Conselho Municipais de Saúde e o cidadão agem mais pontualmente no que tange à fiscalização da execução das políticas públicas de saúde, ou seja, suas atuações são mais em face de denúncias e/ou interesses próprios, no caso do último grupo. Não há rotinas de fiscalização nessa área, quer pela ausência de conhecimento técnico para tanto, como nas Câmaras Municipais, Controle Interno, Conselhos Municipais de Saúde, compostos, em sua maioria esmagadora, por pessoas leigas, que não possuem conhecimento especializado no assunto, quer pelo excesso de demandas, como no caso daqueles e dos Tribunais de Contas do Estado e Ministério Público, sendo que estes muitas vezes atuam em comarcas de vara única.⁷⁷

Já os cidadãos se desinteressam pelo acompanhamento da execução das políticas públicas de saúde em si, sendo suas atuações pontuais, mas em causa própria. Esse desinteresse certamente é potencializado pela falta de instrumentos hábeis para tanto, fazendo com que sua atuação seja pontual, ou seja, apenas quando o mesmo é afetado diretamente.

O quadro de ineficiência verificado nas Câmaras Municipais, Controle Interno e Conselhos Municipais de Saúde pode ser mudado com especializações na área de saúde para tais grupos, bem como o aumento de agentes em alguns casos, como dos membros do controle interno que, geralmente nos municípios de pequeno porte contam com um reduzido contingente de pessoas. Já com relação aos demais grupos, uma melhora pode ser verificada com o aumento de servidores, e, principalmente, na criação de câmaras ou grupo especializados em saúde, de modo a permitir fiscalizações mais rotineiras, e, não apenas pontuais.

Portanto, pode-se concluir que tal fator pode sim ser considerado como causador da inefetividade da execução em redes das políticas públicas de saúde, sendo o investimento em instrumentos de coordenação adequados, como a elaboração de planos de saúde que levem em conta a realidade do órgão, melhora na comunicação entre os agentes, seja a pessoal ou mediante tecnologias da informação apropriados, soluções para resolução desse problema.

A sustentabilidade, por sua vez, consistente na necessidade de continuidade das ações em curso, não é observada nas políticas públicas de saúde, ante às frequentes trocas de gestores e servidores dessa área, ocorrida não apenas com as eleições de representantes do Poder

⁷⁷ “A vara judiciária é o local ou repartição que corresponde a lotação de um juiz, onde o magistrado efetua suas atividades. Em comarcas pequenas, a única vara recebe todos os assuntos relativos à Justiça” (CNJ, 2016).

Executivo e da maioria dos representantes do Poder Legislativo, que se dá a cada 4 anos, como também no próprio curso dos respectivos mandatos. Essa descontinuidade das ações afeta, sobremaneira, a eficiência e economicidade desses serviços. A solução desse problema estaria na conscientização dos novos gestores, para darem continuidade às ações encaminhadas por seus antecessores, bem como manutenção dos agentes envolvidos em suas respectivas funções, de modo a dar continuidade aos trabalhos iniciados, não sendo movidos, portanto, apenas pelas paixões de suas ideologias políticas.

No que tange ao fator institucionalização, que se refere à necessidade de normas e procedimentos para estruturação das redes de políticas públicas, com definições precisas, sem formalidades em demasia, verificou-se a inexistência de uma institucionalização adequada no âmbito das políticas públicas de saúde, haja vista o excesso e complexidade das normas aplicáveis. As normas existentes são extensas, de difícil compreensão, pouca clareza, notadamente, na definição de competências, o que leva, muitas vezes, ao acionamento judicial de entes incompetentes em processos envolvendo o direito à saúde, e, conseqüentemente, prejuízo à execução em redes dessas políticas.

Tal constrangimento pode ser resolvido com a unificação de normas no que tange às competências de saúde de cada ente, que devem ser definidas de forma mais precisa e sem excessos. Também é necessária a publicação de tal informação de forma transparente e clara, principalmente nas mídias sociais da Administração Pública municipal, que os municípios são o ente mais próximo do cidadão, o que eliminaria, ou, no mínimo reduziria bem, o acionamento de entes incompetentes na justiça.

Os fatores “informação e análise”, que demandam fluxos precisos, seguros e ágeis para tomada de decisões, são muito frágeis no SUS, haja vista o excesso de sistemas de informação, com objetivos diferentes, regramentos diversos e fragmentados e baixa aderência das equipes responsáveis na utilização de muitos desses sistemas, o que pode estar associado à exiguidade de pessoal, às constantes trocas de servidores e mesmo a falta de proatividade dos mesmos. As informações são escassas, notadamente com relação à aplicação de recursos, o que dificulta a tomada de decisões por parte dos gestores.

Possíveis soluções para tal problema seria o investimento em tecnologias da informação, para obtenção de sistemas unificados, ou seja, que contemple: informações das três esferas de governo; precisos, que foque em informações necessárias; seguros, que garanta a inviolabilidade das informações e, ágeis.

A capacitação dos atores envolvidos no processo de gestão em redes, por sua vez, que consistente na formação necessária dos mesmos para atuarem nessa forma de gestão, apresenta diversas falhas, que, conseqüentemente prejudica a execução em redes das políticas públicas de saúde. A comunicação desses atores é falha, desarmônica, gerando dificuldades na solução de problemas, que geralmente não são percebidos com agilidade necessária, e, nem há metas definidas, o que ocasiona esforços descoordenados, e, conseqüentemente, a não obtenção dos objetivos almejados, ou, sua realização tardia. Ademais, a oferta de capacitação para os agentes envolvidos nessas políticas são poucas, e, pelas frequentes trocas de servidores, como explanado no quesito da sustentabilidade, se tornam inócuas, pois não há uma cultura de multiplicação de conhecimento nas Administração Públicas. A solução desse problema estaria no aumento da oferta de capacitação dos atores envolvidos de modo a executarem suas atividades de forma cada vez mais especializada, bem como a manutenção dos mesmos nessas funções.

Portanto, as várias barreiras operacionais apontadas como hipóteses que causam ineficiência das políticas públicas de saúde em redes restaram confirmadas.

Por fim, o último aspecto analisado como causador da inefetividade da execução em redes das políticas públicas é o político, consistente na insuficiência do orçamento e da disponibilidade financeira que os entes públicos direcionam à saúde. Pode-se concluir que as previsões orçamentárias e financeiras direcionadas a essa área pelos entes públicos, notadamente os municípios, são irrisórias em face à alta demanda nessa área.

As previsões tanto das despesas como das receitas em matéria de saúde são deficitárias. Os órgãos públicos não conseguem mensurar todas as despesas que podem ter na área da saúde, geralmente se balizando nos gastos realizados nos anos anteriores, o que tornam as previsões deficitárias, ante a complexidade e grande demanda dessa área. Os municípios, por exemplo, que não possuem gestão plena, planejam seus orçamentos levando em conta a atenção básica. Contudo, também direcionam alguns recursos para média e alta complexidade, competências do Estado e União, respectivamente, para aumentarem a cobertura da saúde para atendimento mais adequado de suas populações.

Já a receita é finita, cabendo aos órgãos distribuírem as mesmas entre as diversas obrigações existentes. Ademais, além do excesso de obrigações, que impossibilita uma alocação suficiente de recursos para saúde, ainda há o excesso de benefícios fiscais, que também acabam por agravar o quadro, tornando o orçamento ainda mais enxuto. Nesse aspecto ainda é

importante destacar que os municípios menores são os mais prejudicados, já que seus recursos são bem mais limitados em comparação com municípios maiores e que com os demais entes.

Portanto, a insuficiência orçamentária e financeira resta confirmada como hipótese causadora de ineficiência das políticas públicas de saúde em redes na Microrregião dos Campos das Vertentes.

Em suma, pode-se concluir, com base na confirmação de todas as hipóteses levantadas, que a execução das políticas públicas de saúde em redes na Microrregião dos Campos das Vertentes, no Estado de Minas Gerais, no Brasil não é efetiva, em virtude de diversas barreiras, institucionais, operacionais e políticas, sendo necessárias diversas melhorias, como as seguir exemplificadas.

A solução para barreiras institucionais demandaria uma interpretação mais sistêmica da CF pelo Poder Judiciário quando da apreciação das matérias envolvendo o direito à saúde, que leve em conta não apenas a universalidade desse direito, mas também as normas constitucionais e legais sobre divisão de competências nessa área, bem como as regras orçamentárias. O tema de Repercussão Geral 793 trouxe um importante avanço sobre a matéria, prevendo o ressarcimento ao ente incompetente. Todavia, esse ressarcimento ainda é moroso e muitas vezes pode se tornar até ineficaz, como ponderado pelo único juiz participante da pesquisa, o que acaba impactando negativamente o orçamento dos entes públicos, em especial dos municípios, que já conta com recursos escassos.

Já para as barreiras operacionais, possíveis soluções poderiam consistir em: melhorias no planejamento dos entes públicos; aumento de investimentos em capacitação de servidores e agentes envolvidos na área em questão; investimentos em meios de comunicação entre os mesmos e entre estes e os usuários, bem como na padronização desses meios entre os entes públicos; tornar as fiscalizações mais rotineiras; promoção de informações e transparência adequadas das políticas públicas de saúde em redes, ou seja, claras, conclusivas e acessíveis a todos os públicos, buscando-se, ainda, uma padronização dessa informação por todos os entes públicos; continuidade das ações iniciadas, bem como dos agentes envolvidos nas mesmas, além do aumento de servidores para execução das atividades necessárias para concretização dessa importante política pública.

Quanto a solução para as barreiras políticas poderia consistir no direcionamento de mais recursos orçamentários e financeiros à saúde, com previsões mais precisas das despesas, bem como com a busca constante de receitas para tanto, quer próprias, evitando incentivos fiscais indiscriminados, como se buscando apoio e recursos, via pactuações com outros entes públicos.

Com a adoção de tais medidas, entende-se que a execução das políticas públicas de saúde em redes na Microrregião dos Campos das Vertentes, no Estado de Minas Gerais, no Brasil, seria melhorada de forma considerável, e, conseqüentemente, haveria uma prestação de serviços de saúde mais adequada ao cidadão brasileiro que veria seu direito constitucional à saúde devidamente concretizado.

Referências Bibliográficas

- Associação de Municípios da Microrregião dos Campos das Vertentes [AMVER]. (n.d.). *Municípios Filiados*.
<https://www.amver.org.br/pagina/12113/Munic%C3%ADpios%20Filiados>
- Calmon, P., & Costa, A. T. M. (2013). Redes e Governança das Políticas Públicas. *RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas*, 1(1).
<https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/11989>
- Camayd, Y. R. & Freire, E. E. E. (2020). Estratégias metodológica de investigação nas ciências sociais. *Conrado*, 16(77).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000600065
- Carnaúba, A. A. C., Boaventura, J. M. G., Telles, R. & Rezende, J. (2012). Governança de Redes Interorganizacionais. *FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão*, 15(3), 255-271.
<https://periodicos.unifacef.com.br/index.php/facefpesquisa/article/viewFile/548/512>
- Conselho Nacional de Justiça. (n.d.). *Quem somos*. <https://www.cnj.jus.br/sobre-o-cnj/quem-somos/>
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coloc_progestores_livro9.pdf
- Conselho Nacional de Justiça. (2010). *Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010*.
<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>
- Conselho Nacional de Justiça. (2016). *CNJ Serviço: Saiba a diferença entre comarca, vara, entrância e instância*. <https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-saiba-a-diferenca-entre-comarca-vara-entrancia-e-instancia/>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Presidência da República.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Controladoria Geral da União. (2014). *Agentes Públicos e Agentes Políticos*.
<https://www.gov.br/cgu/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/atividade-disciplinar/agentes-publicos-e-agentes-politicos>
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A Gestão do SUS*.
<https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/>
- Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes. (n.d.a). *Institucional CISVER*.
<https://cisver.mg.gov.br/pagina/10089/Institucional>

- Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes. (n.d.b). *Municípios Consorciados*.
<https://cisver.mg.gov.br/pagina/863/Munic%C3%ADpios%20Consoiciados>
- Cook, I. G., Halsall, J. P., & Wankhade, P. (2015). *Sociability, social capital, and community development: A public health perspective*. New York: Springer International Publishing.
- Correia, P. M. A. R., Mendes, I. O. & Bilhim, J.A.F. (2019). As Redes de Colaboração como Fator Inovador na Implementação de Políticas Públicas. Um Enquadramento Teórico com base na Nova Governação Pública. *Lex Humana*, 11(2), 143-16.
<https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/1619/810>
- Decreto nº. 7508, de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. D.O.U. 29 de junho de 2011.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- Goldsmith, S., & Eggers, W. D. (2004). *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector* (3rd ed.). Brookings Institution Press.
- Governo do Brasil. (2023). *Cadastrar manifestação na Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS)*.
<https://www.gov.br/pt-br/servicos/cadastrar-manifestacao-na-ouvidoria-geral-do-sus-ouvsus>
- Governo de Minas Gerais. Brasil (n.d.a). *Menu Cidadão*.
<https://www.mg.gov.br/cidadao>
- Governo de Minas Gerais. Brasil (n.d.b). *Menu Transparência*. Lei de Acesso à Informação.
<https://www.mg.gov.br/pagina/lei-de-acesso-informacao>
- Governo de Minas Gerais. Brasil (n.d.c). *Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão – e-SIC*. <https://acessoainformacao.mg.gov.br/sistema/site/index.aspx>
- Governo de Minas Gerais. Brasil (n.d.d). *Serviço de Obtenção de Assistência Ambulatorial*.
<https://www.mg.gov.br/servico/obter-assistencia-ambulatorial>
- Governo de Minas Gerais. Brasil (n.d.e). *Serviço de atendimento ambulatorial e domiciliar para crianças com doenças neuromusculares*.
<https://www.mg.gov.br/servico/solicitar-atendimento-ambulatorial-e-domiciliar-para-criancas-com-doencas-neuromusculares>
- Junior, N. B. & Shimizu, H. E. (2017). Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(4), 1085-1095. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>

- Klering, L. R. & Porsse, M. C. S. (2014). Em Direção a Uma Administração Pública Brasileira Contemporânea com Enfoque Sistêmico. *Desenvolvimento em questão*. Editora Unijuí 12(25). <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2014.25.41-80>
- Klijn, E. H. & Koppenjan, J. F. M. (2000). Public Management and Policy Networks. *Public Management Review: An International Journal of Research and Theory*, 2(2), 135-158.
- Leal, M. C. H. & Maas, R. H. (2020). *Judicialização da Saúde e controle jurisdicional de Políticas Públicas - Entre Informação e Participação*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris.
- Lei nº. 4320, de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. D.O.U. 17 de março de 1964.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm
- Lei nº. 8080, de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U. 20 de setembro de 1990.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
- Lei nº. 8142, de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. D.O.U. 31 de dezembro de 1990.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
- Lei nº. 12527, de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. D.O.U. 18 de novembro de 2011.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm
- Lei Complementar nº. 141, de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. D.O.U. 16 de Janeiro de 2012.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

Lei nº. 13.460, de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. D.O.U. 27 de junho de 2017.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm

Lopes, F. D. & Baldi, M. (2009). Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. *Revista de Administração Pública*, 43(5), 1007-1035.

<https://www.scielo.br/j/rap/a/8Wswr4Zg4vHwBZ7FjyMc64G/?format=pdf&lang=pt>

Magalhães, R. (2018). Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. 23(10), 3143-3150, doi: 10.1590/1413-812320182310.15872018.

Ministério da Saúde. (n.d.a). *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. www.gov.br.

Ministério da Saúde. (n.d.b). *Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS*. <https://cartaodosus.info/sia-sus/>

Ministério da Saúde. (n.d.c.). *Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado*. <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>

Ministério da Saúde. (n.d.d.). *Gestão do SUS*. Articulação Interfederativa. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa>

Ministério da Saúde. (n.d.e). *Comissão Intergestores Tripartite*.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit>

Ministério da Saúde. (2022). *Carta de Serviços*.

<https://www.gov.br/pt-br/orgaos/ministerio-da-saude>

Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº. 373/2002*.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

Ministério da Saúde. (2004). *Portaria nº. 2023/2004*.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2023_23_09_2004.html

Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº. 399/2006*.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Ministério da Saúde. (2013). *Portaria GM/MS nº. 2135/2013*.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria de consolidação nº. 3/2017*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
- Moura, A. S. & Bezerra, M. C. (2016). Governança e sustentabilidade das políticas públicas no Brasil. In: Moura, A. M. M. *Governança ambiental no Brasil: instituições, atores e políticas públicas*. Golds Brasília: Ipea. (pp. 91-110).
<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9267>
- Padilha, A., Oliveira, D.C., Alves, T. A., Campos, G.W.S. (2019). Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(12), 25. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25392019>
- Rhodes, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652–667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Secretaria de Estado de Saúde. (n.d.). Menu Cidadão. *Conheça o SUS*.
<https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/conheca-o-sus>
- Silva, F. de A. & Martins, T. C. P. M., & Ckagnazaroff, I. B. (2014). Redes organizacionais no contexto da governança pública: a experiência dos Tribunais de Contas do Brasil com o grupo de planejamento organizacional. *Revista Do Serviço Público*, 64(2), 249-271.
<https://doi.org/10.21874/rsp.v64i2.123>
- Silva, D. N. (n.d.). *Três Poderes*. Brasil Escola.
<https://brasilecola.uol.com.br/politica/tres-poderes.htm>
- Supremo Tribunal Federal. *Tema de Repercussão Geral 793*. (2015)
<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=793>
- Repercussão geral no recurso extraordinário 855.178 Sergipe. Supremo Tribunal Federal (2015)
<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15319097113&ext=.pdf>
- Supremo Tribunal Federal. *Sobre a Repercussão Geral*. (2022).
<https://portal.stf.jus.br/textos/verTexto.asp?servico=jurisprudenciaRepercussaoGeral&pagina=apresentacao>
- Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Brasil (2017). *Tribunal de Contas inaugura Central Suricato de Fiscalização Integrada, Inteligência e Inovação*.
<https://www.tce.mg.gov.br/noticia/Detalhe/1111622155>
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (n.d.a). *Catálogo das Comarcas do Estado de Minas Gerais*.

- http://www8.tjmg.jus.br/servicos/gj/guia/primeira_instancia/pesquisa.do
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (n.d.b). *PJE. Consultas Pública*. <https://pje-consulta-publica.tjmg.jus.br/>
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (n.d.c). *TJ Saúde/NatJus*. <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/institucional/tj-saude/#>
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (n.d.d). *Biblioteca Digital*. Informes. <https://bd.tjmg.jus.br/home>
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (n.d.e). *Biblioteca Digital*. Informes. Informe 01. <https://bd.tjmg.jus.br/server/api/core/bitstreams/ece85766-976b-4915-83c5-ecfa26feadd1/content>
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (2015). *TJMG, TCEMG e Prefeituras - Parceria para a Execução Fiscal Eficiente*. <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/acoes-e-programas/execucao-fiscal-eficiente.htm#.Y86sJnbMKM8>
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Brasil (2017). *Execução Fiscal Eficiente*. <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/acoes-e-programas/execucao-fiscal-eficiente.htm#.Y86sJnbMKM8>
- Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Brasil (2015). *Ofício-Circular Nº 062/2015 – CGJ*. <https://www.tjrs.jus.br/static/2018/07/Oficio-Circular-062-2015-CGJ.pdf>
- United Nations. (n.d.) *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>
- Viana, A. L. A., Bousquat, A., Melo, A. M., Filho, A. N., & Medina, M. G. (2018). Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, 23(6), 1791-1798. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

10 – HÁ ESTRUTURA E INSTRUMENTOS DE COORDENAÇÃO EFETIVOS⁸¹ PARA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

11 – HÁ UMA BOA INTERAÇÃO⁸² DOS ATORES ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

12 – O FLUXO⁸³ DE INFORMAÇÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE, E, RESPECTIVA ANÁLISE É RÁPIDO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

13 – OS SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM REDE (DIRIGENTES E EXECUTORES) RECEBERAM ALGUMA CAPACITAÇÃO PARA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM REDES?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

14 – O MUNICÍPIO JÁ FOI ACIONADO EM ALGUMA AÇÃO JUDICIAL QUE NÃO ENVOLVIA COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO, DE ACORDO COM AS DIVISÕES DE COMPETÊNCIAS PREVISTAS NA LEI 8.080/1990 E PACTO PELA SAÚDE, PUBLICADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ATRAVÉS DA PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006? SE SIM, SABE DIZER EM QUANTAS?

() SIM ____ ações. () NÃO () NÃO SABE DIZER

15 – EM CASO POSITIVO, O MUNICÍPIO FOI CONDENADO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

16 – EM CASO POSITIVO AO QUESITO ANTERIOR, HAVIA ALGUMA PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO COM ESTADO E/OU UNIÃO PARA A EXECUÇÃO DA AÇÃO PLEITEADA NO RESPECTIVO PROCESSO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

17 – NOS CASOS EM QUE HOUVE CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO EM COMPETÊNCIAS DE OUTROS ENTES, O ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO FOI PREJUDICADO? EM CASO POSITIVO, ELABORE.

() SIM () NÃO

_____, ____ DE _____ DE _____

⁸¹ Tais como planejamento, participação ampla de todos os gestores, celebração de contratos de cooperação e diretrizes bem definidas para a execução das políticas públicas de saúde.

⁸² Boa comunicação, tanto de informações, como de sistemas de consultas, entre os atores de Governo envolvidos e entes estes e a sociedade.

⁸³ Fluxo na informação para um planejamento e implementação rápido, para análise e tomada de decisões pelos envolvidos.

10 – NOS CASOS EM QUE HOUE CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO EM COMPETÊNCIAS DE OUTROS ENTES, O ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO FOI PREJUDICADO? EM CASO POSITIVO, ELABORE.

() SIM () NÃO

11 – VOCÊ ENTENDE QUE O TEMA DE REPERCUSSÃO GERAL 793 DO STF DEVE SER REVISTO DE MODO À DEFINIR QUE APENAS O ENTE RESPONSÁVEL PELO DIREITO DISCUTIDO NO PROCESSO SEJA ACIONADO NA JUSTIÇA? ELABORE.

() SIM () NÃO

_____, ____ DE _____ DE _____

Apêndice C
Questionário Aplicado aos Juízes

QUESTIONÁRIO
TEMA: Governança em Rede na Execução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Desafios e Constrangimentos
PÚBLICO ALVO: JUÍZES QUE ATUAM NA JURISDIÇÃO DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS, EM MATÉRIA DE SAÚDE

1 – NOME: _____
2 – COMARCA E VARA EM QUE ATUA: _____

3 – ATUA OU JÁ ATUOU EM PROCESSOS ENVOLVENDO O DIREITO À SAÚDE?

() SIM () NÃO

4 – NAS DECISÕES CONDENATÓRIAS DESSES PROCESSOS, ALÉM DO RECONHECIMENTO DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE, V.EXA. OBSERVOU AS NORMAS SOBRE DIVISÃO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE?

() SIM () NÃO

5 – FOI APLICADO O TEMA DE REPERCUSSÃO GERAL Nº 0793 DO STF NAS DECISÕES DESSE (S) PROCESSO (S)?

() SIM () NÃO

6 – V.EXA. CONCORDA O ENTENDIMENTO EXARADO NO REFERIDO TEMA DE REPERCUSSÃO GERAL? POR QUE?

() SIM () NÃO

7 – V.EXA. ENTENDE QUE EXISTE FALTA DE INFORMAÇÕES NOS SITES DOS ENTES PÚBLICOS SOBRE O FLUXO DO DIREITO À SAÚDE?

() SIM () NÃO

7 – EM CASO POSITIVO AO QUESITO ANTERIOR, V.EXA. ENTENDE QUE ESSA FALTA DE INFORMAÇÃO PODE INFLUENCIAR PARA DECISÕES CONDENATÓRIAS DOS MUNICÍPIOS OU ESTADO EM AÇÕES ENVOLVENDO O DIREITO À SAÚDE, CUJAS COMPETÊNCIAS NÃO SEJAM ORIGINALMENTE DOS MUNICÍPIOS, DE ACORDO COM AS NORMAS DE DIVISÃO DE COMPETÊNCIA EM SAÚDE? ELABORE

() SIM () NÃO

_____, ____ DE _____ DE _____

12 – SABE INFORMAR SE HÁ UMA BOA INTERAÇÃO⁸⁹ DOS ATORES ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NESSES MUNICÍPIOS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER ELABORE:

13 – SABE INFORMAR SE O FLUXO⁹⁰ DE INFORMAÇÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE, E, RESPECTIVA ANÁLISE É RÁPIDO NESSES MUNICÍPIOS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

14 – SABE INFORMAR SE OS SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM REDE NESSES MUNICÍPIOS (DIRIGENTES E EXECUTORES) RECEBEM ALGUMA CAPACITAÇÃO PARA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM REDES?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

15 – SABE INFORMAR SE ALGUM DOS MUNICÍPIOS ASSOCIADOS JÁ FOI ACIONADO EM ALGUMA AÇÃO JUDICIAL QUE NÃO ENVOLVIA COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO, DE ACORDO COM AS DIVISÕES DE COMPETÊNCIAS PREVISTAS NA LEI 8.080/1990 E PACTO PELA SAÚDE, PUBLICADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ATRAVÉS DA PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006? SE SIM, SABE DIZER EM QUANTAS?

() SIM _____ ações. () NÃO () NÃO SABE DIZER

16 – EM CASO POSITIVO, SABE INFORMAR SE ALGUM MUNICÍPIO CONSORCIADO JÁ FOI CONDENADO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

17 – EM CASO POSITIVO AO QUESITO ANTERIOR, SABE INFORMAR SE HAVIA ALGUMA PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO COM ESTADO E/OU UNIÃO PARA A EXECUÇÃO DA AÇÃO PLEITEADA NO RESPECTIVO PROCESSO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

18 – SABE INFORMAR SE NOS CASOS EM QUE HOVE CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO EM COMPETÊNCIAS DE OUTROS ENTES, O ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO FOI PREJUDICADO? EM CASO POSITIVO, ELABORE.

⁸⁹ Boa comunicação, tanto de informações, como de sistemas de consultas, entre os atores de Governo envolvidos e entres estes e a sociedade.

⁹⁰ Fluxo na informação para um planejamento e implementação rápido, para análise e tomada de decisões pelos envolvidos.

9 – HÁ UMA CONTINUIDADE⁹³ DAS AÇÕES DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

10 – SABE INFORMAR SE HÁ ESTRUTURA E INSTRUMENTOS DE COORDENAÇÃO EFETIVOS⁹⁴ NOS MUNICÍPIOS CONSORCIAIS PARA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

11 – SABE INFORMAR SE HÁ UMA BOA INTERAÇÃO⁹⁵ DOS ATORES ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NESSES MUNICÍPIOS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

12 – SABE INFORMAR SE O FLUXO⁹⁶ DE INFORMAÇÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE, E, RESPECTIVA ANÁLISE É RÁPIDO NESSES MUNICÍPIOS?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

13 – SABE INFORMAR SE OS SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM REDE NESSES MUNICÍPIOS (DIRIGENTES E EXECUTORES) RECEBEM ALGUMA CAPACITAÇÃO PARA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM REDES?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

14 – SABE INFORMAR SE ALGUM DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS JÁ FOI ACIONADO EM ALGUMA AÇÃO JUDICIAL QUE NÃO ENVOLVIA COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO, DE ACORDO COM AS DIVISÕES DE COMPETÊNCIAS PREVISTAS NA LEI 8.080/1990 E PACTO PELA SAÚDE, PUBLICADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ATRAVÉS DA PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006? SE SIM, SABE DIZER EM QUANTAS?

() SIM ____ ações. () NÃO () NÃO SABE DIZER

15 – EM CASO POSITIVO, SABE INFORMAR SE ALGUM MUNICÍPIO CONSORCIADO JÁ FOI CONDENADO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

16 – EM CASO POSITIVO AO QUESITO ANTERIOR, SABE INFORMAR SE HAVIA ALGUMA PACTUAÇÃO DO MUNICÍPIO COM ESTADO E/OU UNIÃO PARA A EXECUÇÃO DA AÇÃO PLEITEADA NO RESPECTIVO PROCESSO?

() SIM () NÃO () NÃO SABE DIZER

17 – SABE INFORMAR SE NOS CASOS EM QUE HOUVE CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO EM COMPETÊNCIAS DE OUTROS ENTES, O ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO FOI PREJUDICADO? EM CASO POSITIVO, ELABORE.

() SIM () NÃO

⁹³ Tanto na troca de gestão quando no decorrer da gestão respectiva.

⁹⁴ Tais como planejamento, participação ampla de todos os gestores, celebração de contratos de cooperação e diretrizes bem definidas para a execução das políticas públicas de saúde.

⁹⁵ Boa comunicação, tanto de informações, como de sistemas de consultas, entre os atores de Governo envolvidos e entres estes e a sociedade.

⁹⁶ Fluxo na informação para um planejamento e implementação rápido, para análise e tomada de decisões pelos envolvidos.

_____, _____ DE _____ DE _____

Apêndice F
Lista de Site Oficial/Links da População Amostra

- Alfredo Vasconcelos - <https://alfredovasconcelos.mg.gov.br/>
- Barroso - <https://barroso.mg.gov.br/m/Servicos>
- Carrancas - <https://carrancas.mg.gov.br/m/Servicos>
- Conceição da Barra de Minas - <http://www.cbm.mg.gov.br/m/Servicos>
- Coronel Xavier Chaves - <http://coronelxavierchaves.mg.gov.br/prefeitura/carta-de-servicos/>
- Dores de Campos - <http://doresdecampos.mg.gov.br/>
- Ibituruna - <https://www.ibituruna.mg.gov.br/m/Servicos>
- Itutinga - <http://itutinga.mg.gov.br/m/Servicos>
- Lagoa Dourada - <http://www.lagoadourada.mg.gov.br/pagina/10814>
- Madre de Deus de Minas - <http://www.madrededeusdeminas.mg.gov.br/>
- Nazareno - <http://nazareno.mg.gov.br/m/Servicos>
- Prados - <http://prados.mg.gov.br/m/Servicos>
- Resende Costa -
[https://www.resendecosta.mg.gov.br/Especifico_Cliente/17749912000163/Arquivos///Secretaria Municipal de Saude_1_.docx.pdf](https://www.resendecosta.mg.gov.br/Especifico_Cliente/17749912000163/Arquivos///Secretaria_Municipal_de_Saude_1_.docx.pdf)
- Ritópolis - <http://ritapolis.mg.gov.br/m/Servicos>
- Santa Cruz de Minas -
<http://santacruzdeminas.mg.gov.br/pagina/13211/CARTA%20DE%20SERVI%C3%87O%20AO%20CIDAD%C3%83O>
- São João del Rei - <https://www.saojoaodelrei.mg.gov.br/>
- São Tiago - <https://saotiago.mg.gov.br/m/Servicos>
- São Vicente de Minas -
<https://www.saovicenteminas.mg.gov.br/pagina/10309/Informativo>
- Tiradentes - <https://www.tiradentes.mg.gov.br/>

Anexo 1 Jurisprudências Seleccionadas

- Até 2019

Supremo Tribunal Federal

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO – TRATAMENTO MÉDICO – DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE – SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS-TRATAMENTO – IMPRESCINDIBILIDADE DEMONSTRADA – DEVER CONSTITUCIONAL. A saúde, como condição essencial à própria vida e dignidade humana, é direito fundamental social a ser assegurado pelo Estado a todos os cidadãos, por meio de políticas públicas que garantam a sua plena eficácia.

II. A atribuição conjunta, em regime de colaboração e cooperação de todos os entes federados para a prestação dos serviços à saúde, foi pauta de recente julgamento do Supremo Tribunal Federal, que manteve a tese da responsabilidade solidária dos entes federativos frente aos aventados óbices administrativos ou orçamentários (RE 793319 AgR, Rel. Min. Rosa Weber, Dje 12/06/2014).

Superior Tribunal de Justiça

Ementa: CONSTITUCIONAL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS. PRECEDENTES.

1. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal firmou-se no sentido de que é solidária a obrigação dos entes da Federação em promover os atos indispensáveis à concretização do direito à saúde, podendo figurar no polo passivo qualquer um deles em conjunto ou isoladamente. 2. Ressalva da posição pessoal em sentido contrário, manifestada em voto proferido na 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (AgRg no Resp 888975/RS, Rel. Ministro LUIZ FUX, Rel. p/ Acórdão Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, DJ 22/10/2007). 3. Agravo regimental a que se nega provimento. (STF – ARE 803274 AgR, Relator(a): TEORI ZAVASCKI, Segunda Turma, julgado em 13/05/2014, PROCESSO ELETRÔNICO Dje-101 DIVULG 27-05-2014 PUBLIC 28-05-2014).

PROCESSUAL CIVIL, CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. ACÓRDÃO COM FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO DA MATÉRIA EM RECURSO ESPECIAL. COMPETÊNCIA. SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS. ENTENDIMENTO CONSOLIDADO NO STJ. VERIFICAÇÃO DA LISTA RENAME. IMPOSSIBILIDADE. REEXAME. SÚMULA 7/STJ.

1. Não se configura a ofensa ao art. 1.022 do Código de Processo Civil, uma vez que o Tribunal de origem julgou integralmente a lide e solucionou a controvérsia, em conformidade com o que lhe foi apresentado, manifestando-se de forma clara sobre a responsabilidade solidária dos entes federados e da necessidade no fornecimento do medicamento pleitado, com fundamento na garantia constitucional do direito à saúde. 2. Extrai-se do acórdão vergastado que o entendimento do Tribunal de origem está em consonância com a orientação do Superior Tribunal de Justiça, de que o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade solidária dos entes federados, de forma

que qualquer deles tem legitimidade para figurar no polo passivo de demanda que objetive o acesso a meios e medicamentos para tratamento de saúde.

3. Outrossim, nota-se que foi debatida matéria com fundamento eminentemente constitucional, envolvendo especialmente a garantia constitucional de direito à saúde, sendo a sua apreciação de competência exclusiva do Supremo Tribunal Federal, conforme se abstrai dos arts. 102 e 105 da CF.

4. Finalmente, o acolhimento da pretensão recursal demanda reexame do contexto fático-probatório, mormente para verificar se o medicamento requerido se encontra na lista da Rename, o que não se admite ante o óbice da Súmula 7/STJ. 5. Recurso Especial não conhecido.

(Resp n. 1.786.563/SP, relator Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 21/3/2019, Dje de 30/5/2019.)

EMENTA. ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO REGISTRADO NA ANVISA, MAS NÃO CONSTANTE DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL. INEXISTÊNCIA DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DOS ENTES DA FEDERAÇÃO. IMPETRAÇÃO DIRECIONADA APENAS CONTRA SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA PARCIALMENTE PROVIDO.

I. Recurso em Mandado de Segurança interposto contra acórdão publicado na vigência do CPC/2015.

II. No acórdão objeto do Recurso Ordinário, o Tribunal de origem manteve decisão da Relatora que julgara extinto, sem resolução de mérito, Mandado de Segurança, impetrado pela recorrente, contra ato do Secretário de Saúde do Estado de Goiás, consubstanciado no não fornecimento do medicamento Linagliptina, registrado na ANVISA, mas não constante dos atos normativos do SUS. A aludida decisão monocrática, mantida pelo acórdão recorrido, entendeu necessária, citando o Tema 793/STF, a inclusão da União no polo passivo de lide, concluindo, porém, não ser possível determiná-la, no caso, por se tratar de Mandado de Segurança.

III. O Supremo Tribunal Federal, ao apreciar o Tema 793 da Repercussão Geral, fixou tese no sentido de que "os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro" (STF, EDcl no RE 855.178/SE, Rel. p/ acórdão Ministro EDSON FACHIN, PLENO, DJe de 16/04/2020).

IV. Igual entendimento é adotado pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, que se orienta no sentido de que o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um destes entes possui legitimidade para figurar no polo passivo da demanda, cabendo à parte autora escolher contra quem deseja litigar, conforme se verifica dos seguintes precedentes: STJ, AgInt no REsp 1.940.176/SE, Rel. Ministro MANOEL ERHARDT (Desembargador Federal convocado do TRF/5ª Região), PRIMEIRA TURMA, DJe de 09/12/2021; AREsp 1.841.444/MG, Documento: 151584391 - EMENTA / ACORDÃO - Site certificado - DJe: 29/04/2022 Página 1 de 3

Superior Tribunal de Justiça

Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, DJe de 16/08/2021; AgInt no RE nos EDcl no AgInt no REsp 1.097.812/RS, Rel. Ministro JORGE MUSSI, CORTE ESPECIAL, DJe de 27/08/2021.

V. A Primeira Seção do STJ, ao examinar questão análoga, firmou entendimento no sentido de que, "ao julgar o RE 855.178 ED/SE (Tema 793/STF), o Supremo Tribunal Federal foi bastante claro ao estabelecer na ementa do acórdão que 'É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.' (...) é fundamental esclarecer que, ao julgar o RE 855.178/SE (Tema 793), não foram acolhidas pelo Pleno do STF todas as premissas e conclusões do Voto condutor do Ministro Edson Fachin. Ainda que tenha sido apresentada proposta pelo Ministro Edson Fachin que, na prática, poderia implicar litisconsórcio passivo da União, tal premissa/conclusão - repita-se - não integrou o julgamento que a Corte Suprema realizou no Tema 793. (...) o STJ já se manifestou reiteradas vezes sobre a quaestio iuris, estando pacificado o entendimento de que a ressalva contida na tese firmada no julgamento do Tema 793 pelo Supremo Tribunal Federal, quando estabelece a necessidade de se identificar o ente responsável a partir dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS, relaciona-se ao cumprimento de sentença e às regras de ressarcimento aplicáveis ao ente público que suportou o ônus financeiro decorrente do provimento jurisdicional que assegurou o direito à saúde. Entender de maneira diversa seria afastar o caráter solidário da obrigação, o qual foi ratificado no precedente qualificado exarado pela Suprema Corte" (STJ, RE nos EDcl no AgInt no CC 175.234/PR, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, PRIMEIRA SEÇÃO, DJe de 15/03/2022).

VI. Nesse contexto, em se tratando de pretensão de fornecimento de medicamento registrado na ANVISA, ainda que não incorporado em atos normativos do SUS, descabida a necessidade de inclusão da União no polo passivo da demanda. Competência da Justiça Estadual para processar e julgar o feito.

VII. Recurso em Mandado de Segurança parcialmente provido, para, afastando a necessidade de inclusão da União no polo passivo da demanda, anular o acórdão recorrido e determinar o retorno dos autos à origem, para que seja dado regular processamento ao Mandado de Segurança. (RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA Nº 68.602 – GO, 26/04/2022)

Tribunal de Justiça de Minas Gerais

III. É DIREITO CONSTITUCIONAL DA PACIENTE, COMPROVADAMENTE PORTADORA DE GRAVE PATOLOGIA, DE RECEBER O TRATAMENTO MÉDICO PRESCRITO NOS RECEITUÁRIOS MÉDICOS, SEJA PORQUE COMPROVADA A IMPRESCINDIBILIDADE PARA A MANUTENÇÃO DE SUA QUALIDADE DE VIDA, SEJA PORQUE NÃO HÁ GENÉRICOS OU SIMILARES DISPONÍVEIS NO MERCADO (TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0223.18.010716-9/001, Relator(a): Des.(a) Carlos Roberto de Faria , 8ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 28/03/2019, publicação da súmula em 11/04/2019)

Tribunal de Justiça de São Paulo

DIREITO PÚBLICO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS – PROCEDÊNCIA – APELAÇÃO DA RÉ E REEXAME NECESSÁRIO. MÉRITO – DIREITO À SAÚDE – ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO

FEDERAL – O fornecimento de medicamentos decorre do direito à saúde (art. 196 da CF/88) – Autora sem meios materiais para aquisição de medicamento essencial à preservação de sua saúde – Direito de receber-lo gratuitamente – Ausência de ofensa à separação dos Poderes – Teoria da Reserva do Possível – Inaplicabilidade em matéria de preservação de direito à vida e à saúde – Obrigação solidária entre os entes federados – Súmula 37 desta Corte Bandeirante – ASTREINTES – Cabimento – Multa fixada pelo magistrado para a hipótese de descumprimento da obrigação de fazer, nos termos do artigo 537 do N.C.P.C. – BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS – Impossibilidade – Ausência de demonstração, na hipótese dos autos, de excepcionalidade que justifique a medida – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – REDUÇÃO – Descabimento – Verba honorária que remunera condignamente o trabalho desenvolvido pelo advogado – Diminuição descabida sob pena de aviltamento da atividade profissional. Procedência mantida – Recurso voluntário e reexame necessário parcialmente providos (bloqueio de verbas públicas). (TJSP; Apelação Cível 1006147-78.2017.8.26.0309; Relator (a): Antonio Tadeu Ottoni; Órgão Julgador: 13ª Câmara de Direito Público; Foro de Jundiaí – Vara da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 31/07/2019; Data de Registro: 13/09/2019)

Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PARTICULAR. AUSÊNCIA DE VAGA NA REDE PÚBLICA. CUSTEIO PELO ESTADO E MUNICÍPIO. POSSIBILIDADE.

O Estado e o Município do Rio de Janeiro recorrem da sentença que confirmou a tutela de urgência para determinar que efetuassem a transferência do autor para internação em CTI de hospital da rede pública com unidade coronariana, ou que arcassem com a internação em hospital da rede privada.

Paciente que teve alta médica antes da transferência.

Incumbe aos entes federados garantir tratamento médico e os medicamentos necessários àqueles hipossuficientes.

Por ser solidária, a obrigação pode ser exigida tanto do Município, do Estado ou da União.

Jurisprudência pacificada neste sentido. Súmula nº 65 deste Tribunal.

Pretensão autoral que encontra amparo na CRFB e na Lei nº 8.080/90.

Impossibilidade de limitação do ressarcimento à tabela do Sistema Único de Saúde, porquanto o hospital em que o autor esteve internado não possui convênio com o SUS.

Recursos desprovidos, nos termos do voto do desembargador relator.

(0134512-19.2017.8.19.0001 – APELAÇÃO. Des(a). RICARDO RODRIGUES CARDOZO – Julgamento: 03/12/2019 – DÉCIMA QUINTA CÂMARA CÍVEL)

Tribunal de Justiça da Bahia

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. MIOCÁRDIO. INFARTO AGUDO. PACIENTE. COMORBIDADES. UTI. INTERNAÇÃO. NECESSIDADE. DEMORA. MORTE. RISCO. HIPOSSUFICIENTE. DIREITOS FUNDAMENTAIS. GARANTIA. PODER PÚBLICO. DEVER. ENTES FEDERATIVOS. OBRIGAÇÃO. SOLIDARIEDADE. SENTENÇA. MANUTENÇÃO. I – Solidária é a responsabilidade entre os Entes Federativos para garantir a saúde e dignidade aos cidadãos, sendo ainda legítimo qualquer deles para figurar no polo passivo do processo, seja sozinho ou em conjunto. II – Proposta a ação contra o Município e Estado da Bahia, competente é a Justiça comum para processar e julgar o feito. III – A Jurisprudência pátria entende cabível a concessão da antecipação da tutela contra a Fazenda Pública, nas hipóteses em que se pretende assegurar direitos fundamentais constitucionalmente garantidos, como no caso dos autos, sendo a sua manutenção, por sentença, impositiva quando confirmada, após cognição

exauriente, a ilegal omissão estatal que impôs a sua concessão. IV – Evidenciada a necessidade de transferência da cidadã hipossuficiente, diabética, hipertensa e acometida por infarto do miocárdio para unidade de tratamento intensiva, bem assim não havendo vaga na rede pública que lhe garanta o alcance das medidas decorrentes do seu direito à vida e saúde, impositiva é a sua realização, às expensas do ente federativo demandado, resguardando os direitos constitucionais retro mencionados. RECURSO NÃO PROVIDO. (TJBA, Apelação, Processo, 0037946-42.2010.8.05.0001, 28/08/2019, QUARTA CAMARA CÍVEL, Relator 2 VICE-PRESIDENTE)

Tribunal de Justiça do Paraná

APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONCESSÃO DE FORNECIMENTO DE SUPLEMENTAÇÃO NUTREN 1.0 SENIOR. SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERATIVOS NO FORNECIMENTO DO FÁRMACO. IMPRESCINDIBILIDADE DO SUPLEMENTO ALIMENTAR COMPROVADA. RESERVA DO POSSÍVEL. TESE REJEITADA. RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ PARA O FORNECIMENTO DO TRATAMENTO. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO.1. A saúde é direito público subjetivo fundamental, diretamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana. E, em se tratando de direito fundamental das pessoas, a saúde faz jus a proteção integral por parte do Município.2. Não existe ofensa ao Princípio da Reserva do Possível, tendo em vista que não há que se discutir questões orçamentárias quando a Constituição Federal prevê o orçamento de seguridade social, para o sistema unificado de saúde (SUS) através de recursos originário de três fontes.3. Decisão Mantida. Recurso conhecido e não provido. (TJPR - 4ª Câmara Cível - 0006903-41.2017.8.16.0129 - Paranaguá - Rel.: DESEMBARGADOR HAMILTON RAFAEL MARINS SCHWARTZ - J. 02.04.2019)

- Após 2019

Supremo Tribunal Federal

Ementa: CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. 1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos. (RE 855178 ED, Relator(a): LUIZ FUX, Relator(a) p/ Acórdão: EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 23/05/2019, PROCESSO ELETRÔNICO

REPERCUSSÃO GERAL – MÉRITO Dje-090 DIVULG 15-04-2020 PUBLIC 16-04-2020)

Tribunal de Justiça de Minas Gerais

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL/REEXAME NECESSÁRIO – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – DIREITO À SAÚDE – ESTADO E MUNICÍPIO – ILEGITIMIDADE PASSIVA – AFASTADA – MEDICAMENTO NÃO INCLUÍDO NA RENAME – REQUISITOS DEFINIDOS NO RESP N. 1.657.156 – OBSERVÂNCIA -DIRECIONAMENTO DA OBRIGAÇÃO – RESPONSABILIDADE SUBSIDIÁRIA DO ENTE MUNICIPAL – SENTENÇA REFORMADA EM PARTE

Tratando-se de demanda em que se pleiteiam prestações relacionadas ao direito à saúde, o polo passivo pode ser composto por qualquer um dos entes, isoladamente ou conjunto, possibilitando-se à parte autora a escolha da parte passiva da demanda, consoante entendimento adotado pela Suprema Corte no julgamento do ED no RE nº 855.178/SE.

Demonstrado nos autos, a convencer, a premente necessidade de utilização de medicamento não incluído nos protocolos de assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde, observados e preenchidos os requisitos definidos no Resp n. 1.657.156, deve-se assegurar ao requerente o acesso ao tratamento pretendido, único que lhe atende, por meio da rede pública de saúde, sob pena de violação ao próprio mínimo existencial do paciente.

O excelso Supremo Tribunal Federal, em sede de repercussão geral, firmou entendimento de que os entes da Federação, em decorrência da competência comum (art. 23, II, da CF), são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde e que diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências, determinando o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

Verificando-se que o tratamento pleiteado mais se aproxima das atribuições do ente estadual (conforme as regras de repartição da responsabilidade entre os gestores), tratando-se de dispensação de alto custo, inadequada aos protocolos terapêuticos da atenção básica (Farmácia Básica), justifica-se a suspensão da condenação imposta ao Município, que apenas deve ser responder subsidiariamente, na hipótese de descumprimento da obrigação pelo Estado Federado. (TJMG – Apelação Cível 1.0470.19.001075-6/001, Relator(a): Des.(a) Geraldo Augusto, 1ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 13/12/2022, publicação da súmula em 15/12/2022)

Tribunal de Justiça de São Paulo

REEXAME NECESSÁRIO. Mandado de Segurança. Assistência à saúde. Cardiopatia grave. Ressonância magnética para avaliação da extensão de lesão miocárdica e funcionalidade do coração. Noticiada a realização do exame e agendamento de consulta com médico especialista. Tratamento a cargo do Poder Público. Direito de todos, dever do Estado. Constituição Federal, artigo 196. Atendidas as exigências de Superior Tribunal de Justiça, Tema 106. Supremo Tribunal Federal, Tema 793. Responsabilidade solidária. Disposições da Lei 8080/1990 que não excluem a possibilidade de exigir do Município o tratamento e, se assim entender, buscar ressarcimento do Estado ou União, por via administrativa ou ação própria, com as garantias do contraditório e da ampla defesa. Segurança mantida. Reexame necessário não provido. (TJSP; Remessa Necessária Cível 1002325-71.2021.8.26.0073; Relator (a): Edson Ferreira; Órgão Julgador: 12ª Câmara de Direito Público; Foro de Avaré – 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/01/2023; Data de Registro: 11/01/2023)

Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MARCAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA NA REDE PÚBLICA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. Versa a hipótese ação de obrigação de fazer, com pedido de antecipação de tutela, em que objetiva a autora obter consulta médica com pneumologista, além de eventuais medicamentos e insumos necessários ao tratamento. Sentença de procedência. Responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios a assegurar o fundamental direito à saúde. Súmula nº 65 do E. TJRJ. Na espécie, a autora é pessoa idosa, DPCO grave, com crises de asma graves necessitando de marcação de consulta com especialista (pneumologista) para conduta e acompanhamento. O E. STF, no julgamento do Recurso Extraordinário n.º 855.178/SE, com repercussão geral (tema 793), reconheceu a solidariedade entre a União, os Estados e os Municípios, na prestação do serviço público de saúde, sendo certo que a tese firmada na ocasião, ao estabelecer a necessidade de se identificar o ente responsável pelas respectivas despesas, objetivou possibilitar o ressarcimento de tais gastos àquele que as suportar, à luz das regras de repartição de competências, devendo, portanto tal direcionamento ser pleiteado durante a execução do julgado. Precedente desta E. Corte. Por outro lado, devida a condenação do Município ao pagamento da taxa judiciária, nos termos da Súmula nº 145 do TJRJ e do Enunciado nº 42 do FETJ. Sentença mantida. Desprovimento do recurso. Verba honorária majorada nos termos do art. 85, §11, do CPC/15. (0000052-15.2022.8.19.0068 – APELAÇÃO. Des(a). MARIA INÊS DA PENHA GASPARGAR – Julgamento: 15/12/2022 – VIGÉSIMA CÂMARA CÍVEL)

Tribunal de Justiça da Bahia

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS. MENOR ACOMETIDO DE QUADRIPARESIA ESPÁSTICA. SEM CONTROLE DE ESFÍNCTERES. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. TEMA 766 DO STJ. REJEITADA. MÉRITO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES PÚBLICOS. JURISPRUDÊNCIA DO STF. APELO IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. I - Aduziu o Município Apelante a ilegitimidade ativa do Ministério Público para pleitear fornecimento de fraldas no interesse de um único indivíduo. Tal arguição, contudo, mostra-se contrária ao entendimento firmado pelo STJ em precedente de observância obrigatório (Tema 766 do STJ). II- O direito à saúde destaca-se como princípio fundamental da ordem social brasileira, conforme se infere no art. 6º da Constituição Federal. Nesse sentido, o art. 196 do texto constitucional estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e esse direito deverá ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. III -Ademais, as crianças e adolescentes são titulares de uma proteção ainda mais contundente, decorrente do quanto disposto no art. 227 da Constituição Federal. IV - Recurso Extraordinário nº 855178, em repercussão geral (tema 793), reafirmou a solidariedade dos entes públicos. V – Apelo improvido. Sentença mantida. (TJBA, Apelação, Processo nº 0561642-74.2015.8.05.0001, 08/02/2022, Órgão Julgador SEGUNDA CAMARA CÍVEL, Relator(a) 2 VICE-PRESIDENTE).

Tribunal de Justiça do Paraná

apelação cível. ação civil pública. internação compulsória de paciente com quadro psiquiátrico de dependência de drogas, alcoolismo grave e distúrbio de conduta. sentença que julgou procedente o pedido contido na petição inicial, para o fim de determinar o internamento compulsório do paciente pelo período necessário em leito psiquiátrico a ser disponibilizado pelo Estado do Paraná, conforme determinação médica e observada a excepcionalidade da medida, determinando o apoio e acompanhamento da rede pública municipal de saúde e assistência social. preliminar. suposta ilegitimidade passiva do município de loanda/PR. não acolhimento. em se tratando de demanda que versa sobre direito à saúde, há solidariedade entre os entes federativos na prestação do referido direito. isto significa que qualquer um deles pode figurar no polo passivo de ações pleiteando medicamentos, tratamentos médicos, ou internação compulsória, como no caso dos presentes autos. some-se a isto o fato de que as responsabilidades (estadual e municipal) foram delimitadas no dispositivo da sentença, restando ao ente municipal as atribuições de apoio e de acompanhamento. mérito recursal. limitações no orçamento municipal que impossibilitariam o atendimento das necessidades do apelado. argumentação rejeitada. inaplicabilidade da tese da reserva do possível. enunciado nº 29 das 4ª e 5ª câmaras cíveis desta corte de justiça. obrigação do ente municipal delimitada na sentença, restrita ao atendimento ambulatorial na rede pública local. recurso conhecido e desprovido.

(TJPR - 4ª Câmara Cível - 0002270-54.2020.8.16.0105 - Loanda - Rel.: DESEMBARGADORA MARIA APARECIDA BLANCO DE LIMA - J. 30.08.2021)

UNIVERSIDADE DOS AÇORES
Faculdade de Ciências Sociais e
Humanas

Rua da Mãe de Deus
9500-321 Ponta Delgada
Açores, Portugal



2023

DM

Governança em Redes. Políticas Públicas. Saúde. Brasil. Melhorias. Melhórias.

Luana Katrina dos Santos