



MESA DA ASSEMBLEIA

Presidente: Deputado Adalclever Lopes
1º-Vice-Presidente: Deputado Hely Tarquínio
2º-Vice-Presidente: Deputado Lafayette de Andrada
3º-Vice-Presidente: Deputado Braulio Braz
1º-Secretário: Deputado Ulysses Gomes
2º-Secretário: Deputado Alencar da Silveira Jr.
3º-Secretário: Deputado Doutor Wilson Batista

SUMÁRIO

1 - PROPOSIÇÕES DE LEI

2 - ATAS

- 2.1 - Reunião Ordinária da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura
- 2.2 - 26ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura – Destinada à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde
- 2.3 - 27ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura – Destinada à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde
- 2.4 - 29ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura – Destinada à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde
- 2.5 - Ata do Evento Realizado na 72ª Reunião Ordinária da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura – Destinada à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde
- 2.6 - 34ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 18ª Legislatura – Destinada ao agraciamento com a Ordem do Mérito Legislativo 2015
- 2.7 - 21ª Reunião Ordinária da Mesa da Assembleia Legislativa
- 2.8 - 22ª Reunião Ordinária da Mesa da Assembleia Legislativa
- 2.9 - 11ª Reunião Extraordinária da Mesa da Assembleia Legislativa
- 2.10 - 12ª Reunião Extraordinária da Mesa da Assembleia Legislativa
- 2.11 - 13ª Reunião Extraordinária da Mesa da Assembleia Legislativa
- 2.12 - 14ª Reunião Extraordinária da Mesa da Assembleia Legislativa

3 - TRAMITAÇÃO DE PROPOSIÇÕES

4 - CORRESPONDÊNCIA DESPACHADA PELO 1º-SECRETÁRIO

5 - MANIFESTAÇÕES

6 - PRONUNCIAMENTOS REALIZADOS EM REUNIÃO ANTERIOR

7 - MATÉRIA ADMINISTRATIVA



PROPOSIÇÕES DE LEI

PROPOSIÇÃO DE LEI Nº 22.713

Declara de utilidade pública a Casa de Repouso Padre Libério, com sede no Município de Leandro Ferreira.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Fica declarada de utilidade pública a Casa de Repouso Padre Libério, com sede no Município de Leandro Ferreira.

Art. 2º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio da Inconfidência, em Belo Horizonte, em 1º de outubro de 2015.

Deputado Adalclever Lopes – Presidente

Deputado Ulysses Gomes – 1º-Secretário

Deputado Alencar da Silveira Jr. – 2º-Secretário

PROPOSIÇÃO DE LEI Nº 22.714

Declara de utilidade pública a Associação dos Servidores de Segurança Pública do Noroeste de Minas Gerais – ASSPNOR –, com sede no Município de João Pinheiro.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Fica declarada de utilidade pública a Associação dos Servidores de Segurança Pública do Noroeste de Minas Gerais – ASSPNOR –, com sede no Município de João Pinheiro.

Art. 2º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio da Inconfidência, em Belo Horizonte, em 1º de outubro de 2015.

Deputado Adalclever Lopes – Presidente



Deputado Ulysses Gomes – 1º-Secretário
Deputado Alencar da Silveira Jr. – 2º-Secretário

PROPOSIÇÃO DE LEI Nº 22.715

Declara de utilidade pública a Associação Protetora de Divisa Nova, com sede no Município de Divisa Nova.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Fica declarada de utilidade pública a Associação Protetora de Divisa Nova, com sede no Município de Divisa Nova.

Art. 2º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio da Inconfidência, em Belo Horizonte, em 1º de outubro de 2015.

Deputado Adalclever Lopes – Presidente

Deputado Ulysses Gomes – 1º-Secretário

Deputado Alencar da Silveira Jr. – 2º-Secretário

PROPOSIÇÃO DE LEI Nº 22.716

Declara de utilidade pública a Loja Maçônica União e Justiça de Coronel Fabriciano nº 4.232, com sede no Município de Coronel Fabriciano.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Fica declarada de utilidade pública a Loja Maçônica União e Justiça de Coronel Fabriciano nº 4.232, com sede no Município de Coronel Fabriciano.

Art. 2º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio da Inconfidência, em Belo Horizonte, em 1º de outubro de 2015.

Deputado Adalclever Lopes – Presidente

Deputado Ulysses Gomes – 1º-Secretário

Deputado Alencar da Silveira Jr. – 2º-Secretário



ATAS

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA EM 1º/10/2015

Presidência do Deputado Doutor Jean Freire

Sumário: Comparecimento – Falta de quórum.

Comparecimento

– Comparecem os deputados e a deputada:

Arlen Santiago – Celinho do Sinttrocel – Dalmo Ribeiro Silva – Doutor Jean Freire – Duarte Bechir – Fabiano Tolentino – Fábio Cherem – Ione Pinheiro – Iran Barbosa – João Leite – Neilando Pimenta – Noraldino Júnior – Sargento Rodrigues – Wander Borges.

Falta de Quórum

O presidente (deputado Doutor Jean Freire) – Às 14h3min, a lista de comparecimento não registra a existência de número regimental. A presidência deixa de abrir a reunião por falta de quórum e convoca as deputadas e os deputados para as especiais de amanhã, dia 2, às 9, às 14 e às 20 horas, nos termos dos editais de convocação.

ATA DA 26ª REUNIÃO ESPECIAL DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA, EM 14/9/2015

Presidência do Deputado Doutor Wilson Batista

Sumário: Comparecimento – Abertura – Ata – Destinação da Reunião – 1º Painel: Composição da Mesa – Execução do Hino Nacional – Palavras do Presidente – Palavras do Deputado Arlen Santiago – Palavras do Deputado Antônio Jorge – Palavras do Sr. Lincoln Lopes Ferreira – Palavras do Sr. Renato Luís Dresch – Palavras da Sra. Christiane Neves Procópio Malard – Palavras do Sr. Fausto Pereira dos Santos – Palavras da Deputada Federal Raquel Muniz – 2º Painel: Composição da Mesa – Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos – Palavras do Sr. Fernando Aith – Palavras da Sra. Vanessa Verdolim Hudson Andrade – Esclarecimentos sobre os Debates – Debates – Encerramento.

Comparecimento

– Comparecem os deputados:

Doutor Wilson Batista – Antônio Jorge – Arlen Santiago – Dalmo Ribeiro Silva – Ricardo Faria.

Abertura

O presidente (deputado Doutor Wilson Batista) – Às 9h15min, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra o 2º-secretário para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

Ata

– O deputado Antônio Jorge, 2º-secretário *ad hoc*, procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

Destinação da Reunião

O locutor – Destina-se esta reunião à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde, que possui os seguintes objetivos: debater o cenário atual da judicialização da saúde no Brasil à luz dos direitos consagrados na Constituição Federal e do modelo



assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde – SUS; discutir o princípio da integralidade, norteador do acesso à saúde no Brasil, procurando refletir sobre a possibilidade de sua delimitação; avaliar o impacto da judicialização na gestão das políticas de saúde e nos orçamentos públicos e seus resultados para os usuários; buscar a qualificação da judicialização da saúde, fortalecendo parcerias e iniciativas para a estruturação de uma rede de apoio técnico ao sistema de justiça que auxilie a tomada de decisão para a resolução de demandas judiciais; e debater alternativas para o aprimoramento da gestão e do financiamento da saúde, especialmente no que se refere ao acesso à informação sobre normas técnicas e protocolos e à estruturação e à divulgação de procedimentos para o acesso à saúde, buscando reduzir a demanda pela judicialização da saúde no Brasil.

1º Painel

Composição da Mesa

O locutor – Convidamos a tomar assento à Mesa os Exmos. Srs. Fausto Pereira dos Santos, secretário de Saúde, representando o governador Fernando Pimentel; e desembargador Renato Luís Dresch, representando o desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes, presidente do Tribunal de Justiça do Estado; as Exmas. Sras. Christiane Neves Procópio Malard, defensora pública-geral do Estado; e deputada federal Raquel Muniz; e os Exmos. Srs. Lincoln Lopes Ferreira, presidente da Associação Médica de Minas Gerais; Antônio Júlio, presidente da Associação Mineira de Municípios – AMM –, prefeito de Pará de Minas e ex-presidente desta Assembleia Legislativa; e deputados Arlen Santiago e Antônio Jorge, coautores do requerimento que deu origem a este ciclo de debates.

Execução do Hino Nacional

O locutor – Convidamos os presentes a ouvir o Hino Nacional.

– Procede-se à execução do Hino Nacional.

O locutor – Com a palavra, o deputado Doutor Wilson Batista, 3º-secretário da Mesa da Assembleia e coautor do requerimento que deu origem a este ciclo de debates, representando o deputado Adalclever Lopes, presidente da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais.

Palavras do Presidente

Exmo. Sr. Fausto Pereira dos Santos, secretário de Saúde de Minas Gerais, representando Fernando Pimentel, governador do Estado; desembargador Renato Luís Dresch, representando o desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes, presidente do Tribunal de Justiça de Minas Gerais; Christiane Neves Procópio Malard, defensora pública-geral do Estado; deputado Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde; deputado Antônio Jorge; Exmo. Sr. Lincoln Lopes Ferreira, presidente da Associação Médica de Minas Gerais. Saudando essas autoridades, saúdo a todos e a todas aqui presentes, autoridades, representantes e defensores da saúde do Estado de Minas Gerais.

Sempre atenta às questões mais urgentes e atuais do Estado e do País, a Assembleia Legislativa de Minas Gerais se orgulha de promover este ciclo de debates, que discutirá o cenário da judicialização da saúde no Brasil, termo que se refere ao crescente número de ações na Justiça para garantir medicamentos ou tratamentos ainda não oferecidos pelo SUS, e também para discutir a não cobertura pelos planos de saúde.

De 8 de abril a 13 de maio, foram realizadas quatro reuniões preparatórias, encontros essenciais para chegarmos até aqui, quando teremos oportunidade de conhecer, nos painéis especialmente preparados, informações mais recentes e pontos de vista esclarecedores sobre o assunto do direito à saúde, os impactos da judicialização no orçamento bem como possíveis soluções para reduzir o crescente número de processos judiciais.

Vamos, portanto, debater propostas que visam aprimorar o SUS e eliminar distorções, buscando reduzir a judicialização. Em 2009, o governo de Minas Gerais gastou mais de R\$34.000.000,00 com o cumprimento de sentenças judiciais relativas à área de saúde. Quatro anos depois, esse número saltou para R\$290.000.000,00, segundo o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. De acordo com o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, no final de junho de 2015, havia cerca de 39 mil ações judiciais relativas à saúde, sendo 19 mil contra o poder público e o restante contra empresas que oferecem planos de saúde.

Até certo ponto, reconhecemos que a judicialização é legítima e é um indicador de cidadania, pois reflete a busca do cidadão por seus direitos. O problema surge, porém, quando ela se torna exagerada, tornando-se, inclusive, uma indústria de processos. O desafio está colocado. As demandas de saúde são sempre infinitas, e os recursos públicos finitos. Como resolver essa equação, considerando que a saúde pública deve ser norteadora pela efetividade do resultado e pela busca do menor custo?

Um tema com essa complexidade passa por diversos níveis de debate. Um dos mais importantes é a questão institucional da integralidade, um dos princípios do SUS. Nesse sentido, podemos debater a possibilidade de regulamentação de padrões de integralidade, em um cenário de constante avanço das pesquisas médicas. Outra discussão importante é considerar que é possível, sim, qualificar a judicialização, observando os aspectos estruturais e gerenciais. Nesse sentido, verificamos que, em Minas, algumas medidas estão sendo tomadas para reduzir o número de ações judiciais, privilegiando medidas conciliatórias. A mais recente delas é a iniciativa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais que deve criar, ainda este ano, uma câmara de conciliação e mediação para tentar resolver demandas até mesmo antes que sejam distribuídas ao juiz.

Minas também caminha no sentido de fornecer subsídio técnico-multidisciplinar para a decisão judicial. Destaca-se, nesse norte, a implantação de um serviço de suporte técnico aos juízes por meio do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde, vinculado ao Hospital das Clínicas da UFMG.

No Poder Executivo, outra ação importante foi a criação do Núcleo de Atendimento às Demandas Judiciais, além de outras estratégias como o Fórum Permanente de Direito à Saúde, o Comitê Executivo Estadual da Saúde, a mediação sanitária e o pacto pela saúde da Associação Mineira dos Municípios.

Todos nós aqui conhecemos as várias interfaces da judicialização da saúde, sobretudo suas causas. Entre as causas dessa judicialização, hoje podemos citar a dificuldade de acesso a procedimentos médicos, cirúrgicos ou clínicos em momento oportuno para os pacientes, acarretando filas enormes. E é essa dificuldade de acesso a procedimentos já incorporados pelo SUS que leva



muitos pacientes a buscar seus direitos por meio da judicialização da saúde, criando uma segunda porta para o tratamento básico, para o tratamento da saúde. É essa judicialização que me preocupa.

Dos procedimentos já incorporados pelo SUS, muitos deles simples, vou citar um exemplo a vocês, eu que sou médico oncologista há 15 anos, trabalhando sempre pelo SUS. É uma história que a gente ouve todos os dias de pacientes e familiares nos corredores dos hospitais. Exemplo claro é um paciente com quadro de suboclusão intestinal que, após os 50 anos, chega a um hospital com dor abdominal, com vômito, sem febre. O primeiro diagnóstico é pensar que se trata de uma suboclusão intestinal por um tumor, por uma neoplasia. O que ocorre? Esse paciente fica internado em jejum, com hidratação. Quando melhora os sintomas, recebe alta, com pedido de colonoscopia, um exame simples, coberto pelo SUS, mas com financiamento de apenas R\$112,00. Então o médico não faz esse procedimento pelo SUS. O paciente volta para casa com a sua doença se agravando, apenas com o pedido de exame no bolso. Ele passa meses buscando fazer esse exame pelo SUS e não consegue ou paga o procedimento, porque R\$112,00 não pagam nem a esterilização do equipamento utilizado. É um exame que exige, além do médico, um segundo médico anestesista para fazer uma sedação. O custo desse exame é, muitas vezes, mais de R\$112,00. Então o que ocorre? Quando esse paciente não paga o exame, a doença se agrava, ele volta ao hospital numa situação de urgência, com o tumor já obstruído, às vezes perfurado, e é operado na urgência, sem possibilidade de se ressecar o tumor. A doença fica muito mais grave; às vezes o paciente perde a possibilidade de cura, por um simples exame, do qual hoje o SUS financia apenas R\$112,00.

É essa a nossa realidade. E é com essa preocupação em defesa desses pacientes que estamos aqui fazendo esta discussão, para aprofundar hoje direitos que são constitucionais e cuja não observância é, às vezes, a causa de muitas mortes no País. É essa a nossa preocupação. Preocupo-me muito menos com os casos de judicialização, com medicamentos caríssimos, quando não há ainda incorporação pelo SUS, porque ainda não está garantida a sua eficácia, não há eficácia comprovada. Preocupo-me menos com a judicialização. Preocupo-me muito mais com o que tem causado hoje inúmeros agravos na saúde de milhares de brasileiros, que é a rotina, a realidade hoje no País.

Então, muito obrigado. Sejam todos bem-vindos ao Parlamento mineiro.

Palavras do Deputado Arlen Santiago

Excelentíssimo amigo, colega, 3º vice-presidente desta Casa, deputado Doutor Wilson Batista, um batalhador incansável pela preservação do nosso SUS, representando aqui o nosso presidente, o estadista, deputado Adalclever Lopes, uma pessoa que tem contribuído muito para que a Comissão de Saúde possa funcionar da melhor maneira possível.

Doutor Wilson Batista, uma ideia do nosso companheiro, deputado atuante da Comissão de Saúde, Ricardo Faria, já coloca esta Casa à disposição, caro amigo secretário de Estado de Saúde, Fausto, para que, em surgindo proposta apresentada aqui, e ela sendo aprovada, a Assembleia Legislativa participará de uma maneira intensa, inclusive com recursos financeiros, para que possamos fazer uma plataforma de TI, em que a questão da conciliação possa ser feita, inclusive com os magistrados do interior, com o Ministério Público, com a defensoria, no momento em que a demanda surgir. A ideia seria uma proposta em que a Secretaria de Saúde, a associação médica, a Assembleia Legislativa, o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a defensoria, participassem desse setor de conciliação e tentassem resolver o problema antes de ele se tornar extremamente grave.

Então, o deputado Adalclever Lopes, de acordo com pedido da Comissão de Saúde, encaminhado pelos deputados Antônio Jorge, Ricardo Faria, Doutor Jean Freire e Pimenta, quer ser parceira em uma situação que venha a amenizar esse problema de que nós, mineiros, infelizmente, não temos culpa.

Também quero cumprimentar o desembargador Dresch, que está aqui representando o presidente do Tribunal de Justiça. Quero cumprimentar a palestrante desta manhã, uma pessoa que admiramos muito pela dedicação a essa questão, a desembargadora Vanessa Verdolin, que hoje é um dos grandes nomes nacionais nesse tema da judicialização da saúde. Queremos cumprimentar o nosso companheiro, Dr. Lincoln, da Associação Médica de Minas Gerais, que tem sido incansável nesse trabalho e nessa luta; o deputado Antônio Jorge que, na Comissão de Saúde, tem sido de muita valia, de muita utilidade, além de ser presidente da Comissão de Prevenção e Combate às Drogas; e ainda esse nosso querido colega, presidente da Assembleia, excepcional, que nos abandonou para ser prefeito de Pará de Minas e hoje é presidente da Associação Mineira de Municípios e representa aqui os prefeitos, um dos elos fracos dessa nossa luta.

Meus amigos, ouvimos falar muito da questão da judicialização da saúde e por que ela precisa acontecer. Entretanto a mídia, muitas vezes, publica algumas falácias e nós lutamos contra isso. Como diz a secretária adjunta do Fausto, a Alzira, às vezes, uns dinossauros do SUS, como o Saraiva Felipe e vários outros que começaram a ideia da universalização da saúde e do SUS, lutam para o reconhecimento de que esse é um programa excelente, excepcional. É lógico que tem suas falhas, e falhas gritantes. Quando alguém fala: “Obama, bota o SUS aí, que melhora a saúde nos Estados Unidos”, acabamos caindo na gargalhada. Mas o SUS é um programa que veio para dar universalidade e, de acordo com o art. 196 da Constituição Federal, saúde é direito de todos, e a segunda parte desse artigo acaba trazendo o problema que estamos vivendo: “e é dever do Estado”. Qual estado? Lá não está definido. E o governo federal, qualquer que seja ele, não deixa definir isso, fica sendo o ente que acaba recebendo mais impostos e não dá retorno, pois a questão da saúde pública não lhe é prioridade.

O SUS, quando foi criado, veio para inverter o modelo – e isso temos de lutar para fazer. Criou os conselhos estaduais, nacionais e municipais de saúde, que são muito importantes para o controle social e, também, para inverter o modelo. Em vez de ser somente o modelo em que o doente adoce e vai para o hospital, deveria ser feita a prevenção. Mas o governo federal insiste em não deixar fazer a prevenção. Hoje mesmo, no *Bom Dia Brasil*, houve uma grande reportagem sobre o sucateamento do Instituto Nacional do Câncer, órgão que teria de marchar no tocante à questão do câncer. Antes disso, houve ainda outra reportagem nos Estados Unidos falando sobre a quantidade de novidades existentes, sobre o desenvolvimento visando à melhoria do tratamento do câncer. Mas nós mesmos tivemos de importunar o Antônio Jorge – e muito –, com a Sociedade Mineira de Mastologia, porque o governo federal não tem interesse no diagnóstico rápido e precoce; não disponibiliza recursos para tal. Por uma biópsia de mama, como muito bem diz meu amigo Dr. Ricardo Faria, o SUS paga R\$68,00. Uma agulha para fazer a biópsia custa R\$100,00. Como, desembargadora, Dr. Carlos



Eduardo e Dr. Castinaldo, os hospitais conseguirão fazer isso? Então, foi criado um programa em que Minas Gerais subsidia a biópsia e a mamografia, mas, infelizmente, um decreto de 2013 proibiu de ser paga, pelo Faec, a mamografia para mulheres com menos de 50 anos.

Temos de valorizar o nosso SUS. Mas, em 2000, Antônio Júlio, do dinheiro do SUS, 59,8% eram bancados pelo governo federal. E o que o governo federal fez de 2000 para cá? Cruzou os braços, e, em 2014, participou apenas com 44,7%. E onde ficaram esses 15%? Na morte das pessoas, no sofrimento das pessoas, no bolso das pessoas e dos prefeitos, que estão tendo de gastar o dobro do que seriam obrigados a gastar. E o governo federal não quer, não aceita gastar nem 10% da sua arrecadação, enquanto os prefeitos têm de gastar 15% – e a maioria está gastando de 25% a 30%. Fica, também, nas costas do coitado do Fausto.

O ministro mandou que se fizessem cirurgias eletivas; os mineiros fizeram-nas. Era preciso pagar R\$143.000.000,00; ele falou que não pagaria; Belo Horizonte parou; Valadares parou; a Comissão de Saúde foi conversar com os prefeitos, com os médicos, e houve uma pressão sobre o ministro. Aí ele resolveu pagar R\$48.000.000,00 dos R\$143.000.000,00. Quanto ao resto, ele disse: “deixem que o Fausto paga”. Gente, como jogar nas costas do governo do Estado essa questão federal?

Minas fez o programa de mama – até liguei para o Fausto, na semana passada, dizendo-lhe: Fausto, saiu do ar o programa da biópsia de mama. Entregamos a ele, também, um programa de prevenção do câncer de intestino. O câncer está consumindo muito recurso, e o doente não está sarando. Por quê? Porque não se faz o exame, como o Dr. Wilson falou, e aí vai-se gastar muito dinheiro com quimioterapia paliativa. E os laboratórios ficarão muito satisfeitos e muito ricos.

Para terminar, queríamos abordar três pequenos tópicos. Um deles – uma outra proposta – é a possibilidade de que o Ministério Público Estadual, a Defensoria Pública e o Tribunal de Justiça façam um convênio com o Ministério Público Federal, para, a partir daí, demandarem contra o ente que recolhe 70% dos nossos impostos, que é o governo federal e dessa forma, parar de ser só contra o hospital, que já está morto, parar de ser só contra o prefeito. Vamos demandar, judicializar contra o governo federal e trabalhar, em Brasília, para que o orçamento não seja cortado. No ano passado, do orçamento pequeno do Ministério da Saúde, ainda cortaram R\$10.000.000,00; do PAC da Saúde, só 25% foram aplicados, e a Região Sudeste foi a que menos aplicou.

Então, acredito que esse convênio para que os promotores, a Defensoria Pública possam demandar contra o governo federal vai colocá-los nessa fogueira que todos estão vivendo, e acabam não tendo razão, pois se trata de direito constitucional. O cidadão tem direito à saúde e tem de buscá-lo e, quando esse direito é negado pelos secretários e pelo ministério, tem de ir à justiça buscar seu direito. E nós temos de conciliar essas questões.

Ontem observamos a avaliação da ONG Contas Abertas, e, nos últimos cinco anos, os investimentos do Ministério da Saúde para comprar equipamentos para o Brasil inteiro, para melhorar os hospitais do Brasil inteiro, foram abaixo de R\$8.000.000.000,00. Foram menores que o corte do ano passado, é quase a metade do corte do orçamento deste ano e menos do que o que foi gasto para fazer os estádios do País. É lógico que queremos estádios, mas a população toda clama por saúde.

Quando acabaram com a CPMF, Antônio Júlio, houve aquela crítica: “Agora não há dinheiro para a saúde, e a culpada é a CPMF”. Tenho um documento da Secretaria do Tesouro Nacional: quando terminou a CPMF, desembargadora, aumentou o IOF. Todos estão pagando mais imposto. E esse imposto está gerando 30 bilhões a mais do que quando acabou a CPMF. Quer dizer, o povo está pagando, só que o governo federal não quer colocar esse dinheiro na saúde e o diminui cada vez mais.

Desejamos a todos um grande seminário e que realmente esse tema esteja em pauta. Temos de valorizar o controle social, temos de valorizar a prevenção, mas o que está acontecendo? Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde, para manter a alta e a média complexidades adequadamente, gasta quase R\$10.000.000,00 por mês; não sobra dinheiro para pintar um posto de saúde. Essa é a situação que os prefeitos estão enfrentando. Eles têm de pagar determinados tratamentos e acabam não podendo cumprir sua obrigação.

Algumas propostas estão sendo apresentadas – e é lógico que é o bode na sala –, como criar um fator moderador para o SUS, ter plano de saúde para quem tiver mais de 100, e não é a saída. Temos de buscar a solução que a Constituição indica, e uma delas é a determinação de que a saúde é direito do cidadão. Por isso ele tem direito à judicialização.

Muito obrigado. Um feliz seminário para todos nós.

Palavras do Deputado Antônio Jorge

Vou falar aqui da Mesa e serei breve, já que há outras pessoas inscritas para esses dois dias de intenso debate. Eu queria somente cumprimentar todos os presentes e peço vênias para não repetir a saudação às autoridades já citadas, para ganharmos tempo. Todos já foram nominados e reconhecidos em seus notórios papéis nessa agenda tão complexa da judicialização.

Como parlamentar em primeiro mandato, quero somente ressaltar minha satisfação de participar do segundo ciclo de debates deste ano. A Assembleia chama a atenção pelo que é – a Casa da política – pela sua permeabilidade à sociedade, mas nem sempre a sociedade percebe isso. Eu diria que é um encantamento que tenho tido na Assembleia perceber a fortaleza do seu papel de construção dessa interlocução com a sociedade. Temos audiências públicas, fóruns legislativos, ciclos de debates como este, todos previstos em Regimento. São oportunidades riquíssimas que a Casa do povo oferece para o debate de temas importantes como este, numa articulação em que trazemos autoridades técnicas do País e de fora dele, uma articulação regrada até na própria montagem da agenda, sempre de forma participativa e ascendente com vários setores da sociedade.

Quero saudar e fazer um reconhecimento ao Ricardo e sua equipe da GPI, que colaboraram; e aos amigos deputados que particularizaram esse tema. Acho que teremos ao longo do dia de hoje e amanhã a chance de problematizar a judicialização nos seus vários aspectos.

O fenômeno é bastante complexo por si só. Ele, na realidade, expressa um avanço da nossa sociedade, do Estado de Direito, da defesa de situações singulares. Eu sempre chamo a atenção para o valor da judicialização no caso das doenças raras. Ela é rara na estatística, 1 caso para 100 mil, 1 para 200 mil, mas quando atinge uma família, é 100% naquela família. E, nesses casos, não existe padronização de condutas, procedimentos, medicamentos, e a judicialização, muitas vezes, salva a vida do doente e a família que está naquela situação catastrófica, sob todos os aspectos.



Então, a judicialização, por si só, é uma avanço da sociedade, mas tem problemas, tem disfunções e dissintonia com os melhores interesses. Temos a presença do complexo industrial da saúde, que muitas vezes carteliza determinadas ações para favorecer seus interesses econômicos. Há situações de falta de interlocução com o Judiciário. Temos uma 1ª instância muito grande, em Minas e no País, que age, na maioria das vezes, solitariamente. Quando nos queixamos de uma decisão de 1ª instância, podem saber que o juiz estava sem substrato técnico para tomar decisão. Por isso teremos mesa para discutir, de forma pragmática e objetiva, ações conjuntas do Legislativo, Executivo e Judiciário para melhorar essa percepção do juiz de 1ª instância sobre a sua decisão.

Medidas administrativas, secretário Fausto, talvez V. Exa. possa retomar isso, no sentido de criar uma via administrativa, porque muito do que judicializamos, o processo em si, é mais caro do que o fornecimento do item. Precisamos abrir essa via, que seja automática, de reconhecer alguma coisa que possa ser fornecida pelo viés administrativo. Vejo com muita satisfação a presença do ente federal, principalmente da Conitec. Eu tenho insistido na matemática, que costuma ser tabu porque alguns interpretam a nossa fala como uma pretensão de rediscutir a Constituição, o que não é verdade. Queremos discutir interpretações além do que estamos fazendo, sem mudar uma vírgula da Constituição, que é a questão da integralidade. Muito desse nosso debate sobre judicialização tem que vir acompanhado de um debate sobre o que é possível na nossa integralidade. Um padrão de integralidade é possível, não é possível? Tudo continuará vigorando para todos? Haverá uma interpretação muito larga do preceito constitucional? Essas questões terão como pano de fundo o maior problema de judicialização, como já foi dito com maior ênfase pelo Dr. Arlen, que é a questão do financiamento. Vamos avançar muito, tenho certeza disso.

Saúdo a todos que estão de fora. Tive a satisfação de ver vários prefeitos. Tenho a certeza de que os debates serão riquíssimos, em todas as interfaces do tema judicialização. Espero que todos não percam o foco da maior bandeira política da saúde, que é voltar a brigar com maior insistência pelo financiamento da saúde. Sejam todos bem-vindos e que tenhamos um ótimo debate.

Palavras do Sr. Lincoln Lopes Ferreira

Senhoras e senhores, bom dia a todos. Cumprimento o colega Doutor Wilson Batista, na pessoa de quem cumprimento as demais autoridades pela excelência da iniciativa. Como presidente de uma entidade civil que representa os médicos de Minas Gerais, entendemos precocemente a importância do papel desempenhado pela Assembleia Legislativa. Fizemos uma verdadeira caravana durante a busca do Saúde Mais Dez. Nós nos irmanamos. Minas foi o Estado que teve mais sensibilidade. Foram 900 mil assinaturas. Dentre os projetos que se destinam ao financiamento da saúde esse é o maior projeto de iniciativa popular que chegou até hoje ao Congresso.

Hoje esse projeto tem cerca de 4 milhões de assinaturas, o que mostra que o financiamento da saúde é algo extremamente importante. Talvez esteja aí a raiz de todos os problemas, porque, ao termos uma saúde financiada e cronicamente sucateada, os programas de prevenção, que são os mais eficientes e mais baratos, começam a ser prejudicados.

Tenho delegação para falar em nome da classe médica, mas estendo minhas palavras para os demais profissionais da saúde, que se encontram desmotivados e, pior, muitas vezes indevidamente responsabilizados pelas mazelas do sistema. Precisamos mudar isso. Precisamos de profissionais de saúde que tenham respaldo técnico, que possam se manter atualizados, que tenham relações estáveis de trabalho. E isso só se consegue às custas de um financiamento, de uma organização adequada. E aí, nesse sistema que funciona mal, obviamente, em certo momento, o cidadão precisará recorrer a alguém. Mas a quem o cidadão vai recorrer? Ele vai recorrer ao Judiciário. E é claro que, numa sociedade que amadurece progressivamente num regime de direito, recorrer ao Judiciário é um indício de cidadania, é um indício de amadurecimento. Porém, numa situação de emergência, começa a acontecer de tudo. E é aí que a associação médica coloca seus recursos enquanto entidade voltada para o fundamento científico, para o aperfeiçoamento profissional. E nos colocamos à disposição porque entendemos que quaisquer demandas fundamentadas cientificamente procedem, sim. Mas nenhuma sociedade, nem a brasileira, nem a mineira, tem condições de arcar com isso tudo que escapa do melhor conhecimento, com tudo isso que escapa da melhor ciência. E temos como amparar os colegas, como amparar todos os cidadãos de bem do Judiciário, com o conhecimento dos desembargadores e dos juízes para fundamentar suas ações no interesse do cidadão, o que, em última análise, é o nosso interesse.

Consideramos uma honra participar deste encontro e agradecemos profundamente a oportunidade de estar aqui e nos irmanarmos com todos os cidadãos de bem; cidadãos que querem, em última análise, algo que possa representar, para cada um de nós, a expectativa, não de termos que recorrer à Justiça, mas de dispormos de um sistema de saúde justo, de um sistema de saúde amplo, que nos ampare, que nos permita, a cada um de nós, 204 milhões de cidadãos brasileiros, ter a tranquilidade de chegar a uma unidade, a um equipamento de saúde, e encontrar ali pessoas preparadas, motivadas e que atendam aos nossos anseios.

Parabéns! Desejo a todos um excelente evento. A Associação Médica se coloca aberta para todos: Assembleia, Secretaria de Saúde e Associação Mineira dos Municípios. Entendendo que esse é o nosso papel como cidadão. Muito obrigado. Bom dia a todos.

Palavras do Sr. Renato Luís Dresch

Cumprimento as autoridades presentes, na pessoa do deputado Doutor Wilson Batista. Estou aqui apenas para trazer a mensagem do presidente do Tribunal de Justiça de que a referida corte está muito sensibilizada com a elevada judicialização da saúde. Este debate iniciou-se entre 2003 e 2005, com o vanguardismo da desembargadora Vanessa Verdolim, aqui presente, que começou a criar eventos para discutir a judicialização da saúde.

O Poder Judiciário se preocupa quando se discute o acesso à saúde dentro do processo judicial. Percebemos que há um equívoco quando se discutem essas demandas no Poder Judiciário. Temos a esperança de que, neste evento, possamos trazer novas propostas para reduzir a judicialização, para manter o acesso integral e igualitário a fim de manter também o atendimento integral, mas com o mínimo de intervenção do Poder Judiciário. Esta iniciativa, deputados, é muito importante para que nós, do Poder Judiciário, possamos ser excluídos, em grande parte, das demandas de acesso à saúde pública.

Parabéns à Assembleia Legislativa por esta iniciativa. Espero que tenhamos resultados profícuos até amanhã.



Palavras da Sra. Christiane Neves Procópio Malard

Bom dia a todos. Cumprimento a Mesa, na pessoa do Exmo. deputado Doutor Wilson Batista e do Exmo. secretário Fausto, e todos os deputados e pessoas presentes. Cumprimento o deputado Dalmo Ribeiro Silva. Quero parabenizar a Assembleia Legislativa por mais um ciclo de debates e a Comissão de Saúde, sempre muito proativa no tocante a essa questão. Esse é um assunto muito caro para a Defensoria Pública porque hoje essa instituição é a porta de entrada do cidadão no que se refere ao assunto: 85% da população procura a Defensoria Pública, nas suas mais diversas áreas, mas especialmente, secretário Fausto, para buscar soluções na área de saúde; a maior parte busca medicamentos, mas há os que buscam também tratamentos da mais diversa ordem.

Hoje, temos uma parceria de muito êxito tanto com o Estado quanto com os municípios; firmamos com o nosso presidente da Associação Mineira de Municípios um termo de cooperação técnica e desjudicializamos 30% das demandas na área de saúde, da seguinte forma: o cidadão busca a Defensoria Pública, onde se encontram atualmente farmacêuticos do Estado e do município, e, quando esse medicamento se encontra na lista do Estado ou do município, por meio de uma requisição administrativa, o cidadão tem acesso direto a ele. Também podemos recomendá-lo a buscar um substitutivo e, neste caso também, ele não precisa judicializar a demanda. Então, a Defensoria Pública, atualmente, tenta contribuir com o Estado e com o município visando qualificar a judicialização de demandas, em parceria com o Poder Judiciário e o Ministério Público, dentro desse cenário do sistema de Justiça; procuramos esse diálogo, pois somos da era da mediação e da conciliação.

Como já disse, atendemos 85% da população carente, que necessita mesmo de ter acesso não só à Justiça, mas também à dignidade de atendimento. A vida hoje é o principal direito do cidadão, e, quando o vemos nas portas da Defensoria, numa situação o mais vulnerável possível, percebemos a importância de um encontro como este, a importância de estarmos todos juntos: Poder Executivo, Poder Legislativo, Poder Judiciário, sociedade civil e todos aqui presentes, buscando o melhor para o nosso cidadão, ou seja, a melhor prestação de serviço, o melhor atendimento. E queremos refletir e pensar no que fazer para melhor atender o cidadão, com economia de recursos para o Estado e para o município.

Isso é muito importante, e conversamos com o secretário Fausto e com o presidente da Associação Mineira de Municípios sobre a possibilidade de se expandir esse termo de cooperação técnica que existe de forma exitosa, pois assim, tenho certeza, poderemos desjudicializar as demandas não apenas em Belo Horizonte mas também em todo o Estado. Se isso ocorrer, nessa média de 30%, em toda Minas Gerais, tenho certeza, desembargador Dresch, que a nossa parceria será muito exitosa. Agradeço a oportunidade e parabeno a todos pelo evento.

Palavras do Sr. Fausto Pereira dos Santos

Bom dia a todos. Em nome do governador Fernando Pimentel, gostaria de cumprimentar a Assembleia Legislativa pela iniciativa; o deputado Doutor Wilson Batista, 3º-secretário da Assembleia Legislativa; o deputado Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde; o deputado Antônio Jorge, presidente da Comissão de Prevenção e Combate ao Uso de Crack e Outras Drogas; o desembargador Renato Dresch, neste ato representando o presidente do Tribunal de Justiça; a Christiane, defensora pública-geral do Estado; o Dr. Antônio Júlio, presidente da Associação Mineira de Municípios e prefeito de Pará de Minas; o Lincoln, presidente da Associação Médica de Minas Gerais; todos os deputados aqui presentes; os servidores da Seas; os trabalhadores da área da saúde; os militantes do Judiciário e do Ministério Público; e todos os presentes.

O que unifica a fala de todos nessa questão da judicialização é que, a partir da ampliação do exercício de cidadania, acabamos causando uma certa distorção do funcionamento do sistema de saúde e uma distorção que tem incomodado a todos. Talvez seja essa a questão presente na fala de todos. A questão da judicialização é um avanço da cidadania, um avanço na construção da sociedade brasileira. Ela é fruto de uma certa omissão do poder público e também das entidades médicas no avanço do que seriam os protocolos, as boas diretrizes clínicas, a boa prática médica. Então, nesse vácuo do poder público e muitas vezes de várias instituições, cresceu um processo de judicialização no País, que tem impactos econômicos e sociais, como já relatado por vários que me antecederam e que gerou, tanto na Justiça Federal quanto no CNJ, nos tribunais de justiça dos estados, nas defensorias públicas, nos ministérios públicos, nos gestores nacional, estaduais e municipais, uma busca por soluções, alternativas e formas de enfrentar essa questão mais racionalmente, de modo a garantir uma melhor assistência para o conjunto da população.

Minas tem mostrado capacidade de iniciativa. Acho que essa iniciativa da Assembleia Legislativa e várias outras tomadas no âmbito do Tribunal de Justiça, da Defensoria Pública, do Ministério Público, da Secretaria Estadual e das secretarias municipais vem construir alternativas e uma forma de trazer esse conjunto de questões para um patamar de maior racionalidade e possibilidade de intervenção dos vários atores. Apesar do volume crescente, ainda assim temos tido bons resultados e acho que podemos avançar muito mais. A defensora colocou que muitas vezes essas questões se centralizam somente na capital ou em algumas poucas cidades-polo e alguém falou também da decisão singular da 1ª instância. Precisamos criar outras alternativas e possibilidades, inclusive tecnológicas, para que o conjunto do Judiciário e de todos os entes que trabalham nessa área possa ter informações e que as decisões possam eventualmente ser tomadas pré-judicialização. Mas, havendo judicialização, que as decisões possam ser tomadas com a melhor equação, com o melhor formato técnico, a melhor decisão técnica.

Nesse processo da judicialização militam inúmeros atores: médicos, advogados, pacientes, indústria, juízes. Há um conjunto de atores com formações muito diferentes. Então, o fundamental é termos protocolos acessíveis a todos e que as decisões, ao serem tomadas, sejam baseadas na boa norma, na melhor alternativa de assistência ao paciente. Se o poder público, seja no âmbito do Executivo, do Legislativo ou do Judiciário, puder trabalhar nesse tipo de plataforma, fornecendo essas possibilidades, teremos um processo muito mais racional de tomada de decisão e, principalmente, um resultado muito melhor para o conjunto dos usuários.

A judicialização é um fenômeno que eu coloco hoje como irreversível, mas, sem dúvida nenhuma, pode e deve ser tratado num parâmetro diferente do que temos tratado até esse momento, e Minas tem mostrado várias iniciativas nesse sentido. Quero desejar a todos nós um seminário muito exitoso.

A entrada, de forma mais contundente, da Assembleia Legislativa neste debate é muito bem-vinda. Todos temos de nos desarmar e enfrentar esse debate procurando as melhores alternativas para o cidadão de Minas. Tenho certeza de que esse é o espírito da



realização deste evento. Um bom evento a todos. Vamos ter dois bons dias de trabalho e principalmente bons resultados para que possamos implementar isso em toda Minas Gerais. Muito obrigado.

Palavras da Deputada Federal Raquel Muniz

Bom dia a todas e a todos. Sou Raquel Muniz, médica geriatra e médica de trânsito há mais de 25 anos na região do Norte de Minas. Fui eleita deputada agora, é meu primeiro mandato. Estou participando, na Câmara Federal, da Comissão de Seguridade Social, Saúde e Família. Além dessa comissão, nossa comissão tem várias subcomissões, das quais também participo. Coloco a comissão à disposição de todos vocês.

Agora, no primeiro semestre, participei da CPI das órteses e próteses, e fizemos uma visita a Montes Claros, por intermédio da mencionada comissão, e encerramos nosso relatório no primeiro semestre, que foi disponibilizado tanto para o Ministério da Saúde quanto para o Judiciário. O relatório também se encontra naquela Casa à disposição de todos vocês.

Quero saudar, com muito carinho, o deputado conterrâneo, mineiro do Norte de Minas, meu colega médico do Hospital Dilson Godinho, Dr. Arlen Santiago, e todas as autoridades, por intermédio do autor do requerimento, deputado Doutor Wilson Batista.

Desejo um ótimo evento a todos. Vou participar hoje e amanhã pela manhã. Será uma oportunidade de debatermos várias questões da saúde. Aliás, na semana passada, na Câmara Federal, tivemos uma reunião importante com o ministro da Saúde. A bancada da Comissão de Seguridade Social e Família esteve em peso com o ministro discutindo este momento difícil do nosso país, em que a saúde tem de dar uma resposta. Foi uma reunião de intenso debate, em que se discutiu a questão da CPMF, temida e questionada por muitos, já que às vezes, na época, os recursos não iam diretamente para a saúde. É um assunto de que não podemos fugir e que agora será pauta de discussão na Câmara Federal.

Julgo importante a participação no dia de hoje para que possa levar de Minas as sugestões de todos vocês. Muito obrigada e um ótimo evento.

O presidente – A Assembleia Legislativa manifesta seus agradecimentos às autoridades que participaram da Mesa de abertura deste ciclo de debates. Agora faremos a recomposição da Mesa para darmos continuidade à programação do evento com o painel “Cenário atual da judicialização da saúde e o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro”.

2ª Painele

Composição da Mesa

O locutor – Convidamos a tomar assento à Mesa de trabalhos a Exma. Sra. Vanessa Verdolim Hudson Andrade, desembargadora do Tribunal de Justiça do Estado; e os Exmos. Srs. Fernando Aith, professor doutor da Faculdade de Medicina e vice-coordenador científico do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP; e deputados Antônio Jorge e Arlen Santiago.

Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos

O presidente – Esclarecemos que, após as exposições, abriremos espaço para a apresentação de perguntas aos participantes da Mesa, por escrito ou oralmente, e de outras enviadas pelo formulário disponível pela internet, no portal da Assembleia Legislativa. Para melhor organizarmos o debate, os participantes poderão encaminhar suas perguntas por escrito, no formulário próprio que está sendo distribuído pela equipe de apoio. Aqueles que desejarem fazer sua intervenção oralmente devem especificar isso no formulário, devendo, para registro, entregar o conteúdo da intervenção também por escrito. Informamos que os telespectadores da TV Assembleia também poderão participar. Basta acessar o portal da Assembleia – www.almg.gov.br –, abrir o *link* com o formulário de participação e enviar sua contribuição.

Com a palavra, o Prof. Fernando Aith, para sua exposição sobre o tema “Contextualização da judicialização da saúde no Brasil: causas, efeitos e o perfil das demandas”.

Palavras do Sr. Fernando Aith

Bom dia a todos. Gostaria de parabenizar a organização deste evento. Um momento como este é sempre de extrema vivência democrática. Vejo aqui colegas com os quais já troquei muitas ideias sobre direito sanitário, seja em sala de aula, seja em debates técnicos. Então, na pessoa dos deputados Doutor Wilson Batista e Antônio Jorge, gostaria de parabenizar a todos que participaram da construção deste evento. Pela qualidade dos debates que estão por vir, vejo que a própria produção do evento foi fruto de um debate interinstitucional bastante rico. Portanto, a construção deste evento, por si mesma, já tem grande validade.

Fiquei com uma tarefa bastante complexa: apresentar um pouco do tema da judicialização da saúde a partir da minha perspectiva, que é uma perspectiva acadêmica, de estudos. Estudo direito à saúde desde antes de a judicialização existir propriamente. Conseguimos assistir ao início da judicialização; por mais que seja relevante, temos de lembrar que ela nasce no início do séc. XXI no Brasil, ganha alguma projeção nacional somente no início de 2001 e 2002 e hoje, em 2015, assume as proporções que tem por diversos motivos.

O que vou procurar passar aqui é um roteiro bastante sintético. Primeiro, o que acho fundamental é lembrar a ideia da saúde como um direito. Pensei muito sobre como começaria o debate sobre judicialização para um público tão diversificado e qualificado como o deste encontro. Considerando-se o momento brasileiro e a história de reconhecimento e efetivação de direitos sociais nas sociedades atuais, principalmente com a falência - vamos dizer assim - ou com a crise bastante acentuada dos modelos de bem-estar social a que estamos assistindo na Europa, acho bom resgatarmos os motivos pelos quais a sociedade brasileira reconheceu a saúde como um direito e resgatarmos também o próprio significado de um direito. A judicialização nada mais é que um reflexo dessa ideia. É uma ideia que, aos poucos, com o potencial desmantelamento do sistema público de saúde que poderemos ver nos próximos anos, com a redução de financiamento e a privatização do sistema, seja por meio de planos de saúde, seja por meio de uma terceirização da execução dos serviços públicos, vemos chegar a um cenário em que o próprio direito à saúde não será mais possível de ser efetivado.

Então, quero lembrar a ideia da saúde como um direito, para daí, sim, relacionar a judicialização pelo que ela é. E ela é uma das garantias fundamentais do direito à saúde, e não a principal. Vou mostrar isso empiricamente a vocês. É apenas uma das estratégias, uma das garantias fundamentais oferecidas pela Constituição, para que efetivemos a saúde como um direito. Esses estudos empíricos



foram escolhidos um pouco para eu poder provocá-los em termos do que está na pauta da judicialização e, no futuro, de melhoria potencial da forma, como se trata a demanda judicial de saúde, e finalizar com algumas considerações para reflexão e debate de todos.

Então, inicio com a ideia de que a saúde é um direito humano e que esse direito vem sendo construído muito devagar ao longo da história. Usando a expressão do Prof. Fábio Comparato, a afirmação histórica do direito à saúde é recente, e no Brasil começa em 1988. São 27 anos tentando entender o que é um direito social a ser aplicado seriamente, e tinha até pensado em chamar essa apresentação de “Levando o direito à saúde a sério”, parafraseando, Ronald Dworkin.

Mas a ideia é esta: se a saúde é um direito, para levá-la a sério é preciso que o Estado e a sociedade assumam as responsabilidades decorrentes do reconhecimento de um direito que também vem cercado de diversos deveres, tanto que a Lei nº 8.080 prevê que o direito à saúde não é só dever do estado, mas também da família, das pessoas, das empresas e da sociedade como um todo.

A efetivação do direito à saúde depende de um amplo acordo social que seja implementado no dia a dia e que seja protagonizado, sem dúvida, pelo Estado. Esse direito será reconhecido em um campo jurídico que chamamos de direitos sociais. Basicamente, no direito internacional, isso é incorporado pelo pacto dos direitos econômicos sociais e culturais, o que também é recente, pois é de 1966. Até hoje muitos países não reconhecem os direitos sociais em sua estrutura jurídica interna. Por ser um direito social, que alguns chamarão de direito de segunda geração, mas a própria ideia de geração de direitos humanos já foi por terra, a sua aplicação, efetivação e realização é feita de uma forma radicalmente diferente da efetivação dos tradicionais direitos e liberdades civis e políticas, que foram a base do Estado moderno, principalmente o que existiu durante todos os séculos XVIII e XIX.

A ideia de direitos sociais só incorporará o ordenamento jurídico dos Estados modernos a partir do início do século XX. Essa incorporação será iniciada principalmente tendo como foco questões previdenciárias ou relacionadas ao direito ao trabalho, geralmente uma coisa atrelada à outra. Os primeiros modelos de proteção aos direitos sociais nos Estados modernos datam de pouco mais de um século. A Constituição mexicana foi a primeira a incorporar, em nível constitucional, esses direitos de 1917. Há um século os Estados tentam entender como oferecerão à sua população uma proteção social. A ideia da proteção social se expandirá, principalmente no final do século XX e no início do século XXI, para incorporar novos direitos sociais. A Constituição brasileira foi extremamente generosa e incorporou, como direitos sociais, em seu texto fundamental, vários direitos, como veremos.

No Brasil, essa história não foi diferente. O sistema de proteção social começa pelas caixas e institutos de aposentadoria e pensão da já famosa Lei Eloy Chaves, da década de 1920, que iniciará um modelo de proteção social contributivo, com foco em alguns grupos de trabalhadores específicos, geralmente mais organizados, como servidores públicos, bancários, ferroviários e mineradores, que terão suas caixas de aposentadoria, que passam a oferecer serviços médico-hospitalares aos seus trabalhadores.

Ninguém se engane com isso, pois, é claro, era uma proteção social, mas refletia aquela dada aos trabalhadores da Revolução Industrial inglesa, com o raciocínio de se ter um pouco de solidariedade, pois a cotização dessas caixas era pareada entre empregador e empregado. Na verdade, ela vem acompanhada de um interesse econômico, com a ideia de que o trabalhador com saúde produz mais. “Então darei saúde ao meu trabalhador, pois, depois de capacitá-lo durante seis meses, quando ficar doente, deixa de produzir, e, até eu substituí-lo por outro capaz de produzir o que ele produzia, perco”. O próprio modelo de produção capitalista trazido de forma evidente na Revolução Industrial inglesa nos levou a esses primeiros modelos de proteção social. O Brasil copiou o modelo contributivo, com foco em alguns grupos de trabalhadores específicos, com uma lógica meio solidária, meio capitalista. Esse modelo vigora no Brasil durante praticamente todo o século XX.

Em 1966, o governo, sob o regime militar, unificou as taxas de aposentadoria e pensão criando o INPS, que continuou o modelo contributivo, mas unificado sob o domínio do Estado, que passou a ser um dos cotizadores desse instituto, e foi ampliando o universo de trabalhadores atendidos pela rede previdenciária e do trabalho. Em 1977, essa reforma se completou com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Dentro desse sistema foi criada uma nova instituição, ou seja, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Todo modelo de proteção social brasileiro focou inicialmente uma lógica previdenciária, contributiva. Então, somente teria acesso aos serviços de saúde que o Estado estava organizando quem contribuísse para o sistema previdenciário.

A Constituição de 1988 mudou radicalmente esse modelo. O Brasil deu um passo em termos jurídico-legislativos, que foi, vamos dizer assim, um triplo mortal carpado. Somos um País pobre, com capacidade de arrecadação – as discussões atuais mostram isso – bastante limitada. Além disso, as demandas sociais são enormes. De repente, foram consolidados num texto constitucional direitos sociais, entre eles o direito à saúde. Na época não havia muita noção das consequências jurídicas que isso traria. Hoje em dia, doutrinas como levar os direitos a sério ou de efetivação dos direitos humanos nos conscientizam de que devemos levar os direitos sociais a sério. Devemos pensar como efetivá-los na prática, para que cada cidadão tenha acesso a esse direito de forma plena.

Esse movimento de reconhecimento da saúde como um direito no Brasil foi extremamente rico. Ouso dizer que foi o momento mais rico da democracia brasileira desde meados da década de 1980, 1985, 1986, ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é histórica. O relatório dessa conferência representa praticamente o texto constitucional, que reflete um pacto social extremamente participativo que aconteceu naquela época no Brasil. Os debates brasileiros não foram feitos do nada, não se inventa a roda duas vezes. Na verdade, incorporaram muito do que vinha sendo bastante estabelecido no direito internacional. Desde o final da Segunda Guerra Mundial, principalmente depois das atrocidades cometidas por Hitler no campo de pesquisas clínicas experimentais em seres humanos – o Brasil albergou o Mengele, um dos médicos de Hitler que realizou pesquisas horrendas em seres humanos –, a sociedade internacional percebeu que a saúde era não só um direito humano fundamental a ser protegido por todos os Estados, mas também que existem limites no uso do ser humano em nome da própria saúde. Aí, toda a lógica de ética em pesquisa, ética em pesquisa clínica, que entram na judicialização pelo campo dos tratamentos experimentais – devemos ter muito cuidado –, enfim, toda essa legislação nasceu no final da Segunda Guerra Mundial. A partir de lá houve um conjunto de documentos internacionais que estabeleceram: a saúde é um direito humano fundamental, a saúde é essencial para a proteção da dignidade da pessoa humana, não se tem dignidade sem saúde. Depois, a constituição da OMS fixou um conceito bastante abrangente de saúde dizendo que saúde não é somente ausência de doenças, mas um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social.



Em esse conceito, extremamente abrangente, é o correto, e não podemos perdê-lo de vista ao falar em direito à saúde. Direito à saúde significa também direito ao bem-estar social. Esse é um primeiro aspecto que quero relacionar fortemente.

O que significa bem-estar social? Significa meio ambiente saudável, moradia adequada, educação, lazer, segurança, saneamento básico, acesso à água potável. Percebam que falei tudo, mas ainda não falei saúde. Quem dirá que esses aspectos não estão relacionados com o direito à proteção da saúde? Sem moradia adequada, morando em área extremamente poluída, sem acesso a saneamento e água potável, meu direito ao bem-estar social está limitado.

De um lado, o direito à saúde somente será plenamente efetivado se tivermos consciência de que, para proteger a saúde, é preciso resolver aspectos relacionados com o bem-estar social da população como um todo. Enquanto isso não acontecer, a assistência médica estará supervalorizada no sistema de saúde nacional, como acontece hoje em dia. Temos um déficit social muito grande, por exemplo, de alimentação, e este terá reflexo na saúde.

No direito à saúde brasileiro, o que discutiremos essencialmente? O acesso a bens e serviços públicos de saúde. Porém, não gostaria que esquecessem que a garantia do direito à saúde depende diretamente do bem-estar social. Se isso não acontecer, ficaremos enxugando gelo através de uma assistência que nunca dará conta de tanta demanda. Quem mora ao lado do esgoto ficará doente hoje, será tratado e ficará doente daqui a três meses, basta voltar para casa. É um ciclo que precisamos romper.

Na Constituição brasileira, vamos incorporar a saúde como direito fundamental. Ela entra como direito humano fundamental, reconhecida como direito social no art. 6º. Ao falar em bem-estar social, a própria sociedade brasileira nos diz o que ela considera bem-estar social. Bem-estar social é uma vida que tem acesso a direitos sociais como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados. A saúde é uma das proteções sociais.

O art. 196 explora melhor o que é o direito à saúde. Ele diz que não é apenas um direito, mas também um dever do Estado. O primeiro aspecto a mencionar em relação a isso é que esse texto constitucional tem sido a base de 100% das decisões judiciais relacionadas a direito à saúde no Brasil. Há uma pesquisa interessante, que mostrarei para vocês, realizada na USP, com juizes do Estado de São Paulo, que mostra ser o art. 196 o argumento jurídico para conceder o tratamento, o medicamento etc. Ao dizer que é dever, você obriga o Estado a garantir uma necessidade de saúde.

Integralidade não é tudo para todos. Integralidade é oferecer ao cidadão os serviços de saúde de que ele necessita, conforme evidências, evoluções científicas e tecnológicas. Essa é a noção de integralidade que devemos buscar.

Ao falar em dever do Estado, estamos falando dos três Poderes. Muitas vezes, na discussão de judicialização, parece que nos esquecemos disso para dizer que não, que o Judiciário não tinha nada o que fazer em relação à saúde. Claro que não. O Judiciário não só tem como deve ajudar na efetivação do direito à saúde, porque ele é Estado. Ele é um dos Poderes do Estado, junto com o Executivo e com o Legislativo.

O Legislativo cumpre o seu papel, fazendo leis e promovendo debates como este, por exemplo; o Executivo, executando as políticas públicas definidas nas leis e nos seus regulamentos; e o Judiciário, sendo a última salvaguarda do cidadão, caso uma necessidade de saúde dele não venha a ser garantida, seja pelas leis do Legislativo, seja pela ação ou omissão do Poder Executivo.

Então o direito à saúde no Brasil assume uma característica híbrida. Ele é, ao mesmo tempo, um direito social que exige a execução de políticas públicas sociais, a construção de hospitais, a solução de todos os direitos sociais de que falei, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, etc, mas é também – e inclusive – um direito individual, porque ele é um direito social, mas é usufruído individualmente. Eu, Fernando, posso ter necessidades de saúde que são só minhas, e isso vai me dar o direito de ter acesso a um serviço capaz de responder à minha necessidade, que pode ser diferente da de vocês. Então a gente tem um campo coletivo de proteção. Os estudos epidemiológicos nos ajudam a caracterizar as grandes políticas coletivas de saúde, mas eu sempre vou ter uma esfera individual protegida do direito à saúde. Então o direito à saúde no Brasil é protegido como um direito subjetivo público e isso gera efeitos, no campo da ciência jurídica, como o de possibilitar o acesso ao Poder Judiciário. No Brasil, é vedado ao Poder Judiciário se eximir de decidir sobre uma questão apresentada a ele relacionada a um direito. E, se a saúde é um direito constitucionalmente assegurado, o Judiciário não tem nem outra opção. Se alguém demanda saúde ao Judiciário, ele tem de decidir. Então o que temos de discutir na judicialização não é se sou contra ou a favor, se ela é boa ou ruim, mas como fazer da judicialização um fenômeno que nos permita evoluir, no que se refere à efetivação do direito à saúde no nosso país. E a gente vai ver que a judicialização tem ajudado muito.

São algumas questões mais gerais, antes de entrar nos dados empíricos que selecionei para a gente ilustrar um pouco o que estou falando. Primeiro, por que se judicializa hoje a saúde no Brasil? Quando se judicializa a saúde, a gente tem de ter em mente o tamanho que isso tem, em termos de efetivação do direito à saúde, que é pequeno, porque eu judicializo a assistência à saúde, geralmente; eu judicializo por acesso a um serviço ou a um produto de saúde, quando sinto que a minha saúde foi violada. Vejo com bons olhos que, recentemente, tem aumentado o número de ações judiciais pedindo objetos coletivos relacionados à saúde pública e não associados à assistência, por exemplo: o saneamento básico, o abastecimento de água potável. Agora o Ministério Público tem se movimentado. E aí, sim, estamos falando de uma judicialização bem mais interessante. A outra é importante e vai ficar, tem de continuar, é a salvaguarda do cidadão.

A judicialização, então, pode decorrer de qualquer violação ao direito à saúde, considerado no seu sentido de bem-estar físico, social e psíquico. O que se tem judicializado principalmente no campo da saúde? Aqui é “principalmente”, não é tudo, porque a gente não teria tempo para explorar isso amiúde. Mas a grande maioria é medicamento, o que nos demonstra que a política de assistência farmacêutica brasileira é falha. Não tenhamos dúvida disso. Ela pode ser falha porque há pouco dinheiro ou porque os medicamentos são ruins. Enfim, temos de entender o porquê, mas a judicialização excessiva de medicamento nos faz perceber que o acesso a um medicamento de que a pessoa necessita está insuficiente na rede pública de saúde.

Órtese e prótese também representam um ponto muito grande. Não é à toa que houve uma CPI sobre isso. A judicialização tem o lado bom, que é possibilitar ao cidadão o acesso ao serviço de saúde de que ele tenha necessidade, mas tem o lado ruim, que é



possibilitar a grupos de interesses nem sempre bem-intencionados manipular pessoas doentes forçando a incorporação de novos serviços no sistema público que às vezes nem necessariamente tenha sua evidência científica comprovada. Há esses dois lados, e temos de saber lidar e enxergar quando é um e quando é outro, sem jogar tudo no mesmo balaio.

Exames diagnósticos que se estão judicializando, foi comentado aqui na Mesa de abertura, e não faz sentido. Se tenho acesso à entrada do sistema de saúde, ao médico, e o médico me dá um diagnóstico com suspeita de câncer, vou à fila do diagnóstico e vão fazer o meu exame daqui a 11 meses, 13 meses. Se a suspeita diagnóstica de câncer se comprovar, esqueça. Em 13 meses o tratamento e o serviço de que tinha necessidade vai mudar, e vou pular do que seria uma atenção primária ou secundária para a alta complexidade, para um tratamento oncológico. Esse tipo de demanda deveria ser tirado do mapa com a melhora do serviço público. Algumas demandas sempre vão sobrar, mas a melhora do serviço tende a melhorar a própria judicialização.

Queria propor a vocês, para colaborar com os debates que estão por vir, uma possível classificação dessas demandas de saúde que existem no Brasil. Diria que, primeiro, existe um tipo que são demandas por produtos e serviços de saúde que estão nas listas e protocolos do SUS federal, estadual ou municipal, mas que, por alguma razão, certamente falha na execução da política e do serviço, não foi oferecida ao cidadão no serviço de saúde, na UBS, no hospital. Ele tem direito de acordo com os próprios regulamentos do Estado, está na Rename, na Renases, tem protocolo, está tudo bonitinho, mas ele teve de ir para a justiça para ter acesso a isso. Se conseguirmos oferecer o serviço de saúde para esse tipo de demanda que o próprio Estado diz que vai oferecer de forma adequada, podemos tirá-lo da classificação e espero que daqui a cinco anos, quando estivermos discutindo judicialização, essa demanda não exista mais. Demanda por um serviço que o próprio Estado diz que oferece não pode ir para o Judiciário.

Há um outro tipo de demanda por serviços que são incorporados ao sistema de saúde brasileiro, mas ele entra primeiro no sistema privado. Por onde entra a terapêutica inovadora no Brasil? Entra no Hospital Sírio-Libanês, entra no Hospital Albert Einstein, nos hospitais de ponta do sistema privado. A partir do momento em que a Anvisa dá o registro de um produto ou de um equipamento, ele entra no sistema de saúde brasileiro. Sempre haverá um *gap* entre a entrada de uma nova terapêutica no sistema de saúde, que começa pelo sistema privado, e a incorporação desse produto pelo sistema público. Hoje a Conitec está tentando fazer esse *gap* ser mais rápido, mas não há como, sempre haverá um *gap*. E tem de ser assim. O sistema público tem de saber se aquele novo produto, aquela nova terapêutica é adequada, é eficaz, é segura, tem qualidade etc., etc. E o sistema privado tende a ser mais ágil. Vejam aqui a possível iniquidade: quem está com dinheiro na rede privada de serviços de saúde terá acesso a esse serviço, porque ele já está disponível legalmente no País. Já quem depende da rede pública – e hoje no Brasil 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente da rede pública – terá de esperar a incorporação no SUS. Mas o médico dele fala: “Há esse medicamento novo, que te cura muito melhor”. O médico afirma que o efeito colateral é menor e aponta várias outras razões para o paciente usar aquele medicamento que não é o da lista do SUS, mas está no sistema privado. E o paciente vai querer, e vai para a Justiça. O juiz vai ver uma prescrição médica na mão daquele paciente.

Acho que se dá muito pouca importância – e é aqui que está o grande início da judicialização – à prescrição médica, e parece que a gente se esquece disso. Ela nasce com a prescrição médica; o juiz não dispõe de um receituário; o juiz recebe uma prescrição médica e a cumpre. Então, uma das ações que estão sendo realizadas, em São Paulo, é a de que, no sistema público, o médico tem de oferecer, primeiro, o que está na rede; se oferecer o que não está na rede, tem de justificar isso muito bem. E quando chega ao Judiciário uma ação em que um médico do SUS prescreveu um medicamento que está fora das listas, esse médico vai ser questionado. Vejam, isso está diminuindo o número de prescrições de médicos do SUS que vão para a Justiça, dentro desse segundo tipo de classificação. Então, temos de perceber que esse é um outro modelo, e que a iniquidade, aqui, está: quem tem dinheiro vai ter acesso a um tratamento mais confortável ou mais eficaz; quem não tem dinheiro vai ficar com o tratamento do SUS, que pode até ser eficaz, mas mais desconfortável etc. Enfim, são questões.

O terceiro tipo são produtos e serviços que ainda não foram incorporados no Brasil – a Anvisa não aprovou –, mas o FDA já aprovou ou a agência europeia já o fez. Quando isso acontece, é um pouco mais delgado, mas há casos, no Judiciário brasileiro, em que, se há o registro internacional, o cidadão tem direito de acesso. Uma decisão do STF, relatada pelo Luiz Fux, virou emblemática – acho também que tende um pouco ao exagero da própria compreensão do que é o direito à saúde –, mas faz parte. Tende ao exagero, mas não podemos desconsiderá-la, porque é um argumento bastante importante. E o Luiz Fux fala, em sua decisão, que, mesmo que a comprovação do tratamento, no Brasil, ainda não seja 100% eficaz – e em apenas alguns lugares o seja –, o cidadão tem direito à esperança da cura. Então, junto ao direito à saúde está o direito à esperança de ter cura. E se existe, em algum lugar, a possibilidade da cura, nós, solidariamente, temos de nos compadecer desse cidadão e apoiar a sua tentativa de cura onde quer que ela esteja. Esse é um outro tipo de judicialização. Percebam que elas são diferentes; obviamente a estratégia de seu enfrentamento tem de ser muito diferente também.

Gostaria de apresentar alguns dados empíricos sobre a judicialização. Não vou me aprofundar no assunto até porque vocês debaterão com gente aqui, de Minas, que dispõe de dados mais interessantes que os meus sobre a judicialização em Minas Gerais.

Fiz um panorama de algumas experiências e dados que temos sobre judicialização para nos ajudar nas reflexões. Primeiro, como tem sido o crescimento da judicialização? Vale perceber aquilo que disse no início – como é uma coisa recente. No Ministério da Saúde, em 2005, tínhamos 387 ações judiciais contra a União, relacionadas à saúde. Em 2009, passaram a 1.780. E o gasto passou de R\$2.500.000,00 para R\$83.000.000,00, em 2009. Não se deixem – eu, pelo menos, não me deixo – impressionar com esses números. Os números da judicialização, no Brasil, são irrisórios perto do que é o orçamento público da União, dos estados e dos municípios. A judicialização não é – e está longe de ser – um problema orçamentário para o País, principalmente da saúde subfinanciada. Esse é um tipo de argumento que eu, particularmente, tendo a ver com bastante reserva ou com um peso muito pequeno, porque R\$83.000.000,00, em 2009, para um orçamento público federal, não é nada. É só ver o que foi desviado da Petrobras para percebermos que esse dinheiro realmente não significa muita coisa em termos de dinheiro público. E olhando um pouco mais, em 2012, que foi o último dado confiável de que dispunha, o gasto da União em ações judiciais pulou de R\$83.000.000,00 para R\$290.000.000,00.



É expressivo? Sim, mas continua não sendo algo problemático em termos de orçamento público da União. Não sei se isso se reflete na judicialização de estados e municípios. Talvez principalmente nos municípios esse peso seja diferente, mas aí é a União que tem de apoiar o município. Aliás, está para ser discutida no STF a competência comum e a responsabilidade solidária de União, estados e municípios em relação à saúde. Esse é um campo importante, ao qual os municípios, principalmente, têm de prestar atenção. A Advocacia-Geral da União questionou o STF e está querendo dizer que, se o serviço é previsto pelas NOBs, Noas etc. para ser do município, a União não deve nem figurar como polo passivo da ação. Eu, particularmente, sou radicalmente contra esse tipo de entendimento. Acho que a responsabilidade solidária e a competência comum são constitucionais e garantias de proteção do cidadão, que não podem ser limitadas por lei, e o STF também não deveria ter esse poder de limitação.

Este é mais um dado consolidado: contando o que foi gasto mais o que está depositado em juízo – há gastos da União que foram feitos e gastos que ainda estão em depósito judicial –, o valor na União sobe para R\$350.000.000,00.

Estes são os medicamentos em relação aos quais se entra com mais ações judiciais. Não quero discutir quais são esses medicamentos nem para que patologias eles servem, trouxe este *slide* só para mostrar a vocês que isso já diz muita coisa em termos de saúde pública. O Executivo deveria aproveitar esses dados para melhorar sua política de assistência farmacêutica relacionada às patologias a que se referem esses medicamentos. Conseguimos identificar exatamente o que se está judicializando, em que proporção, verificar se o serviço público oferecido está de acordo ou não e fazer o bom debate da política pública que está sendo oferecida.

Outra aproximação empírica que quero passar para vocês é um estudo feito com os juízes no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo pelo Núcleo de Pesquisa de Direito Sanitário da USP. Foi um estudo interessante porque nós os entrevistamos e aplicamos-lhes um questionário com um caso hipotético, mas baseado em fatos. Vou mostrar alguns dados da pesquisa. O primeiro, que acho interessante, é que os próprios juízes – e isso ficou claro na fala de abertura do Dr. Renato – não acham que o Judiciário é a melhor arena para a solução do direito à saúde. Naquela parte ali são os juízes falando. Para 39% deles, a melhor arena para resolver um problema de saúde do cidadão é o Poder Executivo; para 7%, a Secretaria de Saúde ou os ministérios; o Poder Legislativo aparece em terceiro, e o Judiciário só vai aparecer em quarto – eles tinham de colocar o *ranking*, primeiro, segundo e terceiro lugares. Se analisarmos o consolidado, os próprios juízes entendem que a melhor arena para efetivar o direito à saúde, discutir política de saúde e o serviço de saúde a ser oferecido é o Executivo. Em segundo lugar vem o Legislativo e, em terceiro, no campo do dever do Estado, entra o Judiciário, que tem de estar lá, é claro, mas é a salvaguarda. Isso reflete bem a percepção do próprio Poder Judiciário de que proteger o direito à saúde é uma coisa necessária quando ele é judicializado, mas também não estão confortáveis com essa situação.

O caso hipotético que aplicamos era um programa de assistência farmacêutica, e não foi à toa. Como o medicamento é o que mais se judicializa, quisemos analisar a assistência farmacêutica, uma ação etc., mas o que quero mostrar a vocês é o fundamento que utilizaram para a decisão deles no caso hipotético. Cem por cento usam a Constituição Federal, muitos é a Constituição e só.

Nós oferecemos a eles todos os documentos da política: a Constituição, a Lei nº 8.080, a NOB, a Noas, a portaria que criou a política e todos os detalhes da política, como as resoluções de execução do Poder Executivo. Mas a maioria dos juízes observou que, se Constituição tem a prescrição, tem a necessidade, eu dou o direito. Somente 30% dos juízes olharam o regulamento do Executivo para ver do que se tratava a política, se aquela demanda tinha relação com a política que estava sendo oferecida. E 30% olharam se a questão do financiamento não seria afetada de forma muito importante, porque o financiamento é um elemento que o juiz considera na sua decisão. Por isso o juiz não tende a dar uma decisão numa ação coletiva, mas certamente dará uma decisão numa ação individual, positiva, em favor da demanda por saúde. Isso nos mostra que, dentro do Poder Judiciário, ampliar o conhecimento dos juízes sobre a política de saúde, sobre as listas, Renases e Renames, sobre os protocolos e a sua capacidade de compreensão disso é fundamental para a melhora da qualidade das decisões.

Por último, como novas institucionalidades e como dados empíricos, quero destacar – e aqui em Minas existem algumas interessantes – o que vem surgindo, que é alvissareiro, o que estou chamando de novas institucionalidades para resolução dos conflitos de saúde no Brasil. Então, se está claro que o Poder Executivo é a melhor arena, mas que às vezes ele falha, e que a judicialização é uma forma de eu defender meu direito, o que temos que pensar é em mecanismos, e isso foi mencionado recorrentemente na mesa de abertura, que mecanismos alternativos de mediação desses conflitos para que não sejam judicializados. Esses mecanismos tendem a eliminar aquele primeiro tipo de judicialização que mostrei a vocês, que é o que está na rede, mas que não se está oferecendo. No Rio Grande do Norte eles criaram o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde, composto por todos esses atores do sistema jurídico que atuam na defesa dos direitos da saúde, junto com a Secretaria de Saúde, tanto a municipal quanto a estadual, e eles vão atuar para resolver a questão administrativamente. E só se judicializa aquilo em que não há acordo nesse comitê, o que já foi muito importante em termos de redução da judicialização. Em São Paulo, uma parceria entre Defensoria Pública, secretaria de Estado e Procuradoria-Geral também resultou em importantes reduções de judicialização.

Aqui temos alguns dados. Caíram de 22,5%, em 2008, para 9,5% as demandas ajuizadas pela Defensoria Pública de São Paulo só porque criou um canal entre a defensoria e a secretaria de Estado. O defensor público, antes de entrar com a ação, tem um ponto focal na Secretaria de Saúde, ele liga e fala que é o medicamento. Aí o sujeito diz para mandar para o posto de saúde, que estará lá. Acabou essa judicialização. Então, são medidas simples que reduzem a litigiosidade e fornecem, através de um sistema de informação bastante interessante, que é o Codes, informações preciosas para a formação da política e para redução da judicialização da saúde. Aqui em Minas foi citado o Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde recém-regulamentado. Eu citei também o Ministério Público Resolutivo. Saiu um artigo na nossa revista de direito sanitário do núcleo, recentemente publicado, de pessoas de Minas, o Luciano de Oliveira, Eli Andrade e Marcelo Milagres, comentando sobre essa atuação resolutiva e mediada do Ministério Público, que, antes de judicializar, adota posturas e encerra procedimentos antes da judicialização de forma resolutiva.

Isso tudo, enfim – não vou entrar em detalhes porque meu tempo está acabando –, as minhas considerações finais eram só exemplos para vocês verem que a judicialização e o que já se estudou sobre ela nos permitem, como foi comentado pelo Fausto, durante a abertura, dar um novo passo na discussão do tema. Chega de discutir se somos contra ou a favor, porque isso não faz sentido nenhum num Estado Democrático de Direito. Se é direito, judicializa-se. A questão é como faremos para que esse fenômeno seja benéfico para



a sociedade. Em primeiro lugar, lembro que a saúde é um dever do Estado, e, como tal, vem sendo amplamente normatizada. Ela tem importantes mecanismos de participação democrática.

Neste ano haverá a Conferência Nacional de Saúde. Será um ano de participação relevante no campo da política de saúde no Brasil. O próprio Judiciário tem que perceber as demandas sociais construídas no Conselho de Saúde e nas conferências de saúde para se sensibilizar a respeito dos rumos da política de saúde brasileira.

Então, temos de melhorar as garantias do direito à saúde, que têm, como norte, a universalidade, a integralidade, o acesso igualitário e a vinculação orçamentária, que são questões não resolvidas. Nós não universalizamos o sistema. O acesso ao sistema de saúde ainda não é igualitário. A vinculação orçamentária ainda é desrespeitada por muitos estados e municípios. Em relação à própria integralidade, ficamos num discurso pendular sobre o que é a integralidade. Proponho um conceito que seja amplo e abrangente para atender às necessidades de saúde do cidadão. Isso é integralidade. Mas, se é uma doença rara, com um medicamento muito caro, vamos ofertar ou não? Se eu considerar a universalidade, vou dizer: tem que ofertar. É uma necessidade? Então tem que ofertar. O que se discute é: vale a pena a sociedade brasileira pagar esse custo? Seremos solidários com o doente raro, que precisa de um tratamento que custa um milhão, dois milhões, três milhões por mês? Eu, Fernando, particularmente, acho que sim, acho que isso deve fazer parte da proteção social e do sistema público de saúde brasileiro. Mas reconheço que isso é algo que tem de ser decidido democraticamente.

Quero ressaltar que o nosso pacto social de 1988 dizia que sim, porque falava de universalidade e de integralidade, e não no sentido de tudo para todos, mas de estar de acordo com a necessidade. E se dissermos: não vou oferecer esse medicamento raro, muito caro e de efeito suspeito, ao que o sistema público de saúde tem de ser rapidamente capaz de indagar: o que ofereço em troca? Vou oferecer um paliativo? Vou oferecer um tratamento domiciliar que dê um fim de vida digno a essa pessoa? É isso que temos de pensar. É claro, a questão é, de um lado: ofereço ou não o tratamento? Defendo que tem que oferecer, mas sei que esse debate tem de ser feito abertamente. O que estou dizendo é que, se dizemos que não vamos oferecer porque é muito caro, é ineficaz, o que vou oferecer, então? Ofereço um paliativo, ofereço outro tratamento? Algo tem de ser oferecido para dar conta das necessidades de saúde desse cidadão.

Concluindo: o Judiciário certamente não é a melhor arena para a solução desses conflitos. Se ele, de um lado, erra, vai errar com base numa prescrição que é médica, então há outras questões que temos de considerar. Se ele se excede, é porque está visando à proteção de um direito concreto à saúde, que está na frente dele. E algumas ações judiciais tendem a sumir do mapa, porque a melhoria da própria política tende a eliminá-las.

E, se formos pactuar de modo que o sistema não ofereça certas terapêuticas, teremos de dizer claramente o que vamos oferecer. O que não dá é para ficar no limbo e dizer: certos medicamentos eu não ofereço e também não dou nenhum tratamento ao cidadão. Isso não tem diálogo com a proteção constitucional do direito à saúde; esse é o debate em que precisaríamos avançar um pouco. Então, essas novas institucionalidades são bons caminhos; a compreensão do que a judicialização tem a nos dizer é um caminho fundamental para melhorarmos a política e a própria decisão judicial.

Essas eram as minhas considerações. Agradeço a atenção, e peço desculpas por ter avançado um pouco no tempo e fico aqui ansioso pelos debates. Obrigado.

– No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente – Agradecemos ao ilustre palestrante Fernando Aith e convidamos a Sra. Vanessa Verdolim Hudson Andrade para sua exposição sobre o tema “Judicialização e federalismo: princípios do SUS no contexto da judicialização”.

Palavras da Sra. Vanessa Verdolim Hudson Andrade

Bom dia a todos. Agradeço o convite para aqui estar e discutir um tema tão relevante, principalmente ao deputado Arlen Santiago e ao deputado Doutor Wilson Batista, estendendo meus cumprimentos ao deputado Antônio Jorge, que, por um longo período, batalhou conosco para aprimorar o atendimento à saúde no âmbito do Estado.

Entendo que este é um tema tão relevante quanto sofrido, e cada um que vem aqui falar traz um aspecto que o outro não mencionou, mas que é sempre muito relevante, pois essa é uma discussão que hoje atinge a todos. Vou começar a minha fala trazendo aqui um gráfico que foi apresentado pelo presidente do Tribunal de Contas, Dr. Sebastião Helvécio, em um curso há pouco realizado pelo Tribunal de Justiça, no âmbito da escola judicial, no qual ele nos mostrou que a judicialização da saúde estava acarretando um aumento progressivo de despesas, principalmente para o Estado e os municípios, de forma tal que, nos últimos anos, elas estavam dobrando. De 2012 para 2013, o número dobrou, e o que se aguardava para 2014 era novamente um número que representasse o dobro do ano anterior, se não fosse ainda mais. Entretanto, para surpresa nossa, em 2014, as despesas com a judicialização da saúde, principalmente com liminares e sentenças, diminuíram para o Estado e os municípios; o que se esperava que fosse para R\$600.000.000,00 ou mais foi reduzido para um número bem inferior; houve uma redução equivalente a 32%, o que mostra que o Estado e os municípios têm 32% a mais para aplicar no atendimento coletivo, principalmente nos postos de saúde, na utilização de maiores tecnologias em defesa dos pacientes e em medidas socialmente mais relevantes. Isso não quer dizer que não seja relevante o atendimento a um paciente, pois é relevante o atendimento a um, a dois e a muitos, mas, a partir do momento em que o poder público pode aplicar mais no atendimento coletivo, atendendo a todos, isso pode, sem dúvida, acarretar a redução nas ações judiciais.

Ao dizer isso, não quero afirmar que quero reduzir as ações judiciais; nós lutamos para que haja maior discussão, para que o poder público e também a saúde suplementar apliquem mais racionalmente na saúde, a fim de que, como efeito, as ações sejam reduzidas.

O Dr. Fernando – e eu o cumprimento pela brilhante palestra proferida aqui – nos trouxe informações importantíssimas em nível de União. E realmente a saúde, como prevista na nossa Constituição, foi feita para prestar atendimento de modo integral e universal. Parece uma utopia porque em um país como o nosso, quando pensávamos que estava tudo melhorando, que conseguiríamos uma assistência melhor tanto na área da segurança, quanto na área da saúde e na área da educação, que são as três principais, de repente vemos uma catástrofe se abater sobre todos nós, com as notícias de que os valores desviados poderiam atender a todos os necessitados e poderiam colocar o nosso país sempre à frente de todos, como pensávamos. Então, de repente, vemos que era uma utopia.



A preocupação não é de um, a preocupação é de muitos, mas poucos agem de forma efetiva. Trago essa frase que representa bem esse evento. Vejo com muita alegria e satisfação esse auditório cheio de pessoas interessadas, pessoas que querem ouvir, debater e querem que tudo melhore. Quando vemos duas crianças, uma na penúria e a outra bem atendida, pensamos: isso é justo? É óbvio que não. O que podemos fazer? O que cada um pode fazer dentro da sua área para que isso melhore? É óbvio que todos temos essa preocupação. Mas o juiz, quando tem nas suas mãos o poder de decidir – podem ter certeza – a decisão é sempre sofrida. Ao mesmo tempo em que vemos que temos de atender a um paciente que recorreu à Justiça porque não conseguiu ser atendido na rede privada ou na rede suplementar, também temos certeza de que existem muitos abusos. Existem pessoas que querem furar fila, laboratórios que, por meio do Judiciário, querem colocar medicamentos de altíssimo custo, municípios que, apesar de serem pequenos, aplicam muito na saúde, disponibilizam muitos medicamentos, e municípios não tão pequenos que não aplicam tão bem na saúde como poderiam e deveriam.

Dentro da Constituição, existe um artigo, o 196, obrigatoriamente citado em todos ou quase todos os eventos da saúde. Por que ele é tão importante? Porque, além de dizer que a saúde é direito de todos e dever do Estado, fala que esse direito é garantido mediante políticas públicas. Ou seja, são as políticas públicas que vão dizer qual é o ente da Federação que deve aplicar em determinada área. E se a Constituição assim diz, isso já foi regulamentado. Ao município cabe dar o atendimento à farmácia básica. Farmácia básica são os medicamentos de que o povo mais necessita para sua utilização no dia a dia, os medicamentos que o poder aquisitivo não permite às pessoas mais pobres adquirirem; então, o município, o ente público que está mais perto do povo deve assim prestar a assistência básica. Cabe, portanto, ao Estado, os medicamentos de altíssimo custo.

Mas muitas vezes, infelizmente, tenho que confessar, chegam à Justiça ações contra municípios que têm orçamento baixíssimo e ações requerendo medicamentos de alto custo. Isso, para um juiz dizer “não”, é difícil, mas também dizer “sim” a todos os pedidos seria uma irresponsabilidade.

Na saúde pública, cito alguns casos, as maiores dificuldades são: dificuldade no acesso; falta de médicos; demora para atendimento nos centros de saúde ou nos hospitais da rede pública; e consulta com especialistas. Na saúde privada, suplementar, os principais problemas são: judicialização excessiva, que também atinge o órgão público, mas isso é mais grave na saúde suplementar porque temos de discutir contratos; interpretação do contrato; recusas indevidas das prestadoras de planos de saúde. Esses são os maiores problemas enfrentados, e a justiça se vê sensibilizada principalmente com o cidadão, apesar de saber que a saúde coletiva não pode ser prejudicada. Isso foi muito bem falado aqui pelo Dr. Fernando.

Pensando em tudo isso, como já foi dito aqui, desde 2003 temos discutido muito esse assunto e, em 2005, fizemos um grande evento para discussão sobre a saúde, tanto a privada quanto a pública, trazendo para esse debate todos os entes envolvidos e todas as pessoas preocupadas com o aperfeiçoamento desse atendimento público. Criamos o Fórum Permanente de Direito Sanitário, o Fórum Permanente da Saúde e uma comissão permanente de estudos, assessoria e intermediação, para a qual trouxemos a secretaria de Estado, planos de saúde, a Defensoria Pública e Procons, para aproximar tanto aquelas pessoas que estão perto do povo, em sua defesa, quando aquelas outras que estão tentando resolver esses problemas, como é o caso do Tribunal de Contas, da AMM e de outros entes preocupados com esse grande problema, que foi aumentando ano a ano. Aliás, também começamos a fazer, nos eventos, uma discussão para debate e aprovação de enunciados que pudessem ajudar tanto os juízes a decidir quanto os próprios advogados a fazer uma seleção no momento de ajuizar ações.

Por fim, chegamos à conclusão de que estávamos decidindo acreditando apenas na palavra do médico que vinha trazer seu relatório dentro do processo. Na época me lembrei de que quando eu era criança ou quase adolescente achava que três pessoas não erravam de jeito nenhum: o padre, o juiz e o médico. Mas, com o passar dos anos, vemos que errar é humano. Hoje vejo que juiz pode errar, embora esteja muito preparado para decidir, assim como o médico, apesar de ter todo o conhecimento técnico, e ainda o próprio padre, já que o papa Francisco confessou que até ele errou. Então o padre também pode errar. Somos todos humanos. Contudo, para que errássemos menos e deferíssemos menos liminares que poderiam às vezes atender a laboratórios ou colocar no mercado medicamentos experimentais ou, ainda, ajudar uma pessoa a furar filas, fizemos um ajuste de cooperação técnica.

Em primeiro lugar, foi entre a Secretaria de Saúde e o Nats, que é um núcleo de avaliação técnica ligado ao Hospital das Clínicas. E esse ajuste de cooperação técnica depois foi estendido, através do IBDS, aos planos de saúde. Hoje o juiz tem meios de obter informações técnicas, além daquelas que o médico do paciente leva para dentro do processo. Isso nos dá uma segurança para atuar. Não que tenhamos de seguir de olhos fechados as notas técnicas. Não. É só mais um meio de prova, mais um meio que temos de formar a nossa convicção e de decidir da melhor forma possível. Tenho aqui a forma como atuamos junto ao Nats, mas vou deixar para o desembargador Renato Dresch falar sobre essa matéria. Então, não vou me aprofundar nisso.

Trouxe isto aqui somente para que vocês vejam como é importante uma nota técnica do Nats, que nos ajudou dentro de um processo. Um pedido de internação compulsória, o paciente com drogadição; veio a informação do Nats de que a Organização Mundial da Saúde não recomenda, de forma absoluta, a internação compulsória. Trata-se de medida apenas excepcional. Não apresenta, em geral, bons resultados, e há muitas recaídas. Deve ser, portanto, sempre em períodos curtos, e não em períodos grandes, que se estendem.

Nesse primeiro caso, sobre o qual veio a nota técnica, o paciente estava sendo internado diversas vezes, não obtinha melhoras, e, após muitas internações, veio mais um pedido. O que foi averiguado é que seria muito melhor para ele ficar no seio da família, com um tratamento que fosse seguido pelos familiares, do que passar por mais uma internação, o que, sem dúvida, não traria benefício.

Vejo aí as diretrizes políticas consolidadas pela nossa Constituição e fui chamada para falar sobre a judicialização em face do federalismo. É uma coisa que nos preocupa porque, o que foi pensado quando veio a Carta Constitucional de 1988 foi um SUS que no papel realmente resolveria todos os problemas, todas as mazelas; atenderia, de forma integral e universal, conforme previsto na Constituição; descentralizaria aquele serviço, que antes era muito centralizado e não permitia um atendimento eficaz. Os recursos financeiros, que antes eram insuficientes, foram programados numa extensão mais ampla para que houvesse um atendimento melhor,



e quanto àquele desperdício que antes existia na saúde, que ocorria, sem dúvida, por incompetência gerencial, procurou-se dentro de uma cartilha do SUS amenizar tudo isso e produzir um SUS que fosse efetivo, eficaz, e que atendesse a todos.

Sabemos que, infelizmente, o que hoje existe no papel e o mundo inteiro elogia, na realidade, aqui não funciona. Faltam critérios, a descentralização não é bem fiscalizada, não é bem gerida, inúmeros problemas nos são trazidos. Sabemos que ainda falta muito para se chegar a um modelo que seja eficaz. Na realidade, o modelo real é um e o que se segue é outro.

Quais foram os critérios observados para se pensar em um SUS eficaz? Consideraram-se meio físico, condições geográficas, disponibilidade de água, alimentação, habitação e, com isso, se fez uma descentralização.

Observaram-se o meio econômico, social e cultural, a ocupação da renda, a educação e os fatores biológicos que são tão importantes como idade, sexo, herança genética, fatores que poderiam levar efetivamente a um atendimento individual, pormenorizado e eficaz. Observou-se também a oportunidade de acesso aos serviços que atendam efetivamente à população. Não vou perguntar, porque todos sabem que é realidade, que isso hoje não ocorre. O Sistema Único de Saúde – SUS -, de caráter público, é previsto tanto na Constituição quanto na normatização infraconstitucional como uma rede de serviço regionalizada, hierarquizada e descentralizada, mas está tudo caindo em cima dos municípios, pelo menos na judicialização, e a maioria dos municípios não está aguentando.

Lembro-me de que uma vez, entre os inúmeros eventos que estávamos realizando pelo Tribunal de Justiça no Sul de Minas, depois que proferi minha palestra tentando explicar a judicialização da saúde, levantaram-se cinco prefeitos da região, e um deles pediu para falar em nome dos outros, o que permiti. Ele falou que tinham comparecido àquele evento para entregarem simbolicamente as chaves ao Tribunal de Justiça, porém, mediante a minha fala, dariam um voto de confiança ao tribunal, para que fosse amenizada a judicialização da saúde. Daqueles cinco municípios, a maioria estava utilizando mais de 30% do seu orçamento na saúde em virtude de liminares deferidas pelo Poder Judiciário. Ou seja, não sobrava nada para a saúde coletiva, para a aplicação em vacinas e medicamentos da farmácia básica, a não ser aqueles que já eram disponibilizados por força de medidas públicas já previstas no nosso governo.

O novo SUS veio trazer um rompimento com o passado de descompromisso social e com a velha irracionalidade técnica e administrativa. Esse é o novo SUS com que sonhávamos. O objetivo: melhorar a qualidade da atenção na saúde pública. O sistema único - por que único? Porque, seguindo a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território nacional, por meio de solidariedade e integração entre município, estado e União, faria com que, em cada município, todo cidadão tivesse acesso à saúde igualitário, conforme suas necessidades.

Esses elementos se referiam a toda a atenção à saúde, o que na realidade não ocorre. Vemos hoje, por exemplo, na oncologia, que para um paciente conseguir um exame para a confirmação de um tumor que pode ser maligno, o prazo é de, no mínimo, um mês, e, muitas vezes, quando o exame vai ser realizado, o tumor já se espalhou por todo o corpo, já criou metástase, e o exame não é mais eficiente. Quando vem o resultado, não há nada mais a se fazer.

Sabemos que os princípios que regem a organização do SUS são para uma participação de todos os cidadãos. O poder privado, por meio da saúde suplementar, foi previsto apenas para complementar a saúde pública. Hoje vemos que, infelizmente, poucos podem se tratar pela saúde suplementar.

Estes talvez sejam bem atendidos, mas os que são obrigados a se tratar pelo SUS, infelizmente, não são. Por isso estamos aqui para discutir, e não criticar, e para trazer soluções e o comprometimento de todos que estão, de alguma forma, ligados a essa área.

Quando digo isso, vem-me à cabeça o seguinte: qual é o maior princípio? É o da integralidade, é o da universalidade? Não, é o da moralidade pública. Se não houver moralidade pública, todo orçamento não será bem empregado. Pensa-se em um sistema único, pensa-se no que é dirigir a saúde, mas o dinheiro não será bem empregado, a não ser que haja a consciência de moralização. Enquanto digo isso, fico pasma diante dos fatos que têm ocorrido ultimamente, pois, de acordo com nossa cabeça, as pessoas públicas têm boa vontade, boa-fé e querem o bem público. Pelo menos esses que conhecemos e estão mais perto de nós são assim.

Por que os poucos que agem errado produzem um estrago tão grande? Porque são eles que procuram precisamente a manipulação e aquela atitude de praticar o mal em vez de praticar o bem dando a cada um o que é seu. Cabe ao Judiciário dar a cada um o que é seu, através de uma decisão judicial, quando é negado ao cidadão o acesso àquilo a que tem direito. Ninguém pode dizer que a judicialização é um mal. A judicialização é um bem.

Há pouco tempo assistimos, pelo *Fantástico*, parece-me que em janeiro ou fevereiro, ao escândalo das órteses, próteses e outros materiais implantáveis. Tivemos notícias de que hospitais fraudavam licitações. Marcas de empresas eram inseridas na fatura, mas, na verdade, eram utilizadas outras, obviamente com um preço muito menor. Médicos chegavam a utilizar materiais vencidos. Temos de conscientizar não apenas o povo, mas também toda a sociedade em relação a isso para que esse problema não ocorra de forma a trazer esse malefício.

Trouxe outra nota técnica do Nats, que nos ajudou muito nos processos. Em geral todas elas são muito bem formuladas. A equipe do Nats é composta por cerca de onze médicos, todos do maior gabarito e nível de conhecimento. Nesta, chegou-se à conclusão de que o medicamento oncológico prescrito pelo médico, na realidade, não traria nenhum benefício ao paciente, não traria sobrevida, não traria nada, o preço era altíssimo, e seria tirada de outras pessoas a oportunidade de ter tratamento digno. Quando digo digno, quero dizer que a dignidade não está somente em viver, mas também em morrer, sem sofrimento e bem-atendido. Quando o medicamento não trouxer sequer uma morte digna, não haverá razão para que a justiça intervenha e obrigue um ente público a promover a saúde suplementar.

Em outra nota técnica, o Nats não recomendou o procedimento de retirada do balão intragástrico por endoscopia, colocação e depois a retirada. O procedimento ficaria entre R\$9.000,00 e R\$14.000,00. O Nats, através de informações valiosas, com base científica, nos informou que esse tratamento, se a pessoa não estivesse comprometida, não traria maior benefício, sendo que qualquer um dos outros procedimentos colocados à disposição pelo SUS poderia ter o mesmo benefício.



Trago aí mais uma nota técnica que muito nos ajudou, sem evidência de eficácia científica. Esclareço que eu trouxe as notas técnicas que não indicaram o medicamento, o tratamento ou a intervenção, mas há centenas de notas técnicas que aprovaram o tratamento indicado pelo médico, que estava correto. Eu trouxe aquilo que é exceção para ser apresentado. Trouxe outra nota técnica sobre cirurgia de coluna por via endoscópica. Através de revisão de literatura médica, concluiu-se que tanto a cirurgia convencional de hérnia de disco, nesse caso, como a cirurgia por via endoscópica chegariam ao mesmo resultado. Quando o médico do paciente faz um relatório muito bem-feito, convencendo-nos de que aquele é o tratamento adequado, o medicamento adequado, para nós, juízes e magistrados, fica muito mais fácil decidir porque não precisamos nem de pedir complementação por meio das notas técnicas.

Por meio de estudos, seminários, congressos e processos, chegamos a algumas conclusões e tiramos inúmeros enunciados, que estão disponíveis no *site* do Tribunal de Justiça para advogados, médicos e para os cidadãos, falando sobre algumas regras que criamos nesse atendimento. Por exemplo, devem ser evitadas as liminares genéricas, com fornecimento aleatório de medicamentos não especificados, evitando a inviabilização do atendimento público. Outro enunciado muito importante é que não se pode deferir pedido de medicamento não aprovado e registrado pela Anvisa porque não vamos ter a certeza de que será eficaz, vamos fazer uma intervenção dentro da saúde sem um critério técnico e médico básico.

Esse enunciado, do comitê executivo do CNJ, cujo representante em Minas é o desembargador Renato Dresch, estabelece: nos processos judiciais, a caracterização da urgência e emergência desafia um relatório médico circunstanciado. Daí, falo na necessidade não só da receita, mas também de um relatório médico pormenorizado, com expressa menção do quadro clínico do paciente. Só assim poderemos decidir com maior certeza, maior convicção.

Lembro-me de um caso muito interessante. Um médico colocou no relatório que, se o paciente não tomasse aquele medicamento, correria o risco de morrer. Na área da oncologia, acredito que isso seja geral, pois quase todos ou todos correm o risco de morrer. O juiz fez a seguinte pergunta: “Se ele tomar esse medicamento, afastará o risco de morrer?”. O médico não respondeu. Ele foi incapaz de falar que afastaria o risco. Isso nos preocupa. São palavras dentro de um relatório, que, ao questionarmos, não produzem aquele efeito pretendido.

Faço uma pergunta feita pelo desembargador Afrânio Vilela, numa palestra: quem pagará todas as contas? Os hospitais filantrópicos? Os municípios que geralmente têm o orçamento muito pequeno? O Estado? O melhor seria que todas as ações fossem movidas contra a União, pois esta é quem tem a obrigação de estar perto, atendendo a todos e em todos os casos. Quem vai pagar todas as contas? Em última hipótese, é o povo. É o povo, o cidadão que paga impostos, nós, que estamos, no dia a dia, pagando a todo momento impostos cada vez mais altos.

Por que a maioria das ações não são movidas contra o Ministério da Saúde? Chamo os advogados para refletir com o Judiciário sobre essa questão. Muitas vezes, os pacientes com câncer ficam sem tratamento, porque o teto federal esgota. Antes do final do mês, já não existe orçamento. O que fazer? O Estado, muitas vezes, complementa e retira recursos que deveriam ir para outra área.

Os protocolos e diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo SUS devem ser observados na concessão de medicamentos, insumos e procedimentos. O município é o gestor do SUS, mas ele não tem sempre condições de atendimento. Muitas vezes, tem que mandar para outros municípios que tenham condições de atender ou para outros hospitais. É preciso discutir muitas coisas.

Há vias alternativas de solução de conflitos. No Tribunal de Justiça temos, em 1º grau, a Central de Conciliação e Mediação. A conciliação é para que, dentro do processo, assim que distribuída a ação, o advogado ou a parte requeira que seja direcionada a essa central. Esta chamará as partes e decidirá conforme os presentes. Na área da saúde, essa prática é pequena e podemos aumentá-la de forma que o próprio Estado, os próprios municípios coloquem um representante para que isso seja resolvido da melhor forma, da forma o mais rápida possível.

A mediação seria antes do processo. Estamos em vias de criar câmaras de conciliação e mediação. É uma luta do desembargador Renato Dresch. Tenho a impressão, desembargador, de que, para a nossa felicidade, sairá a qualquer hora. Não creio que a arbitragem seja uma solução, mas é também uma alternativa, embora seja extrajudicial.

Trago duas notícias levadas pela Dra. Silvana Kelles ao nosso curso de direito à saúde e que me preocuparam muito. A primeira notícia é a de que trabalhos científicos financiados pela indústria têm 405% de chance de serem favoráveis ao seu financiador.

Isso é informação tirada de dados obtidos através de pesquisas feitas por órgãos idôneos. Por isso temos de ter muito cuidado com a medicina baseada em evidência, porque a medicina baseada em evidência só é efetiva e eficaz quando o estudo é muito bem-feito. O Nats, por exemplo, faz pesquisa profunda naqueles que estão mais acatados, mais acolhidos na medicina e naquilo que é conhecido como válido e como idôneo. É difícil pegar uma evidência que não seja a melhor evidência.

A segunda preocupação vem da OMS, que diz o seguinte: 50% das prescrições médicas são erradas. Isso me preocupou tanto que fiz questão de sentar, pesquisar e analisar. Primeiro, minha conclusão foi a seguinte: esse foi um levantamento que se refere a um levantamento mundial, não quer dizer que no Brasil seja assim. Acredito até que nos países em que a medicina não é tão adiantada como a nossa pode ser, mas, se tirarmos uma média, podemos chegar a isso, mas não é a média que deve preponderar aqui.

Segundo, cheguei à conclusão seguinte: de acordo com esse critério, foram observadas aquelas prescrições médicas de tentativa médica de acertar, aquela tentativa do médico que, quando o doente não aceita outro medicamento, não reage a medicamento, quer dar um alento à família ou tentar. Isso, no meu entendimento, foi considerado como erro médico. Não tenho a menor capacitação para fazer um estudo, mas, de acordo com minha preocupação, fiz questão de levantar pelo menos essas ponderações, para que haja maior esclarecimento.

Já estou para finalizar minhas palavras, com as minhas conclusões. Quais as conclusões de tudo isso, sob o ângulo judicial? Não cabe ao Judiciário intervir nas políticas públicas, não cabe ao Judiciário intervir no atendimento coletivo à saúde, mas, sem dúvida, o Judiciário, quando o necessitado vier à sua procura, está capacitado e legitimado para a intervenção.

Segundo, a saúde pública deve ser vista sob a óptica orçamentária. Embora a recusa não possa ter por base a falta de orçamento, nós, do Judiciário, temos de nos preocupar com o orçamento porque, embora a judicialização não cause tanto impacto orçamentário,



como já foi dito, ela vai causar impacto orçamentário muito grande em relação aos pequenos municípios. E isso tem de ser uma preocupação do Judiciário.

Terceiro, a recusa indevida de procedimentos previstos nos protocolos que já foram aprovados e o excesso de exigência para o atendimento à saúde demonstram uma burocracia inaceitável. É inaceitável. Se está no papel e existe orçamento – pouco que seja, deve ser bem distribuído –, por que aceitarmos uma recusa indevida, que só vai prejudicar o atendimento individual e coletivo?

Por último, a solução dada pelo Judiciário não deve possibilitar abusos nem beneficiar os aproveitadores, mas atender o que realmente for necessário.

Conheço pelo menos duas ações movidas pelo Ministério Público em razão de laboratórios estarem utilizando do Judiciário para colocar no mercado medicamentos de altíssimo custo quando há outros de igual eficácia.

Quem não se lembra do Vioxx, que foi colocado no mercado como se fosse a salvação de todos os males? Depois de se tornar o medicamento mais vendido no mundo, descobriu-se que ele provocava mais males em outras áreas que benefícios. Ele foi, então, retirado espontaneamente do mercado pelo laboratório. Logo em seguida, o mesmo laboratório lançou outro medicamento com outro nome.

Desafios. Tornar ética a discussão, principalmente a discussão orçamentária. Tem de haver ética nisso. Minimizar as demandas judiciais através de uma discussão mais ampla, que é o que aqui buscamos. A ética médica requer que os médicos demonstrem consideração, compaixão e benevolência frente a seus pacientes. Mas isso não pode levar o Judiciário a deferir medicamentos experimentais ou medicamentos não aprovados pela Anvisa. Esse é o maior desafio que nós, do Judiciário, enfrentamos. É a luta de dois valores: o direito à saúde de cada um de nós, de cada indivíduo que vai à Justiça, e o direito a um atendimento coletivo, porque nós, de acordo com nossas decisões, não podemos também causar um malefício maior que o benefício esperado.

Para terminar, trago palavras de Martin Luther King: “O que me preocupa não é o grito dos maus, nem dos corruptos, dos violentos, dos desonestos, dos sem caráter, dos sem ética...” Isso não o preocupava. O que o preocupava era o silêncio dos bons. Quem tem a boa vontade, a boa-fé, quem é capacitado é que deve gritar, deve discutir, deve levar a todos os cantos a sua preocupação para que não vençam os gritos dos corruptos e dos desonestos. Muito obrigada.

Esclarecimentos sobre os Debates

O presidente – Neste instante, daremos início aos debates. Solicitamos aos que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensadas as saudações pessoais. Cada participante disporá de até dois minutos para fazer sua intervenção. Lembramos que a leitura e a apresentação oral de perguntas deverá ser feita de acordo com o volume de sugestões recebidas.

Informamos que a Assembleia Legislativa, além deste debate, está promovendo o seminário legislativo Águas de Minas: Desafios da Crise Hídrica e a Construção da Sustentabilidade. A etapa final ocorrerá entre os dias 29 de setembro e 2 de outubro. Mais informações também estão disponíveis no portal da Assembleia Legislativa. Informamos também que as gravações desta manhã poderão ser vistas pela TV Assembleia no dia 19 de setembro, às 8h30min.

Debates

O presidente – Com a palavra, o Sr. Mário Cavaca para formular sua pergunta.

O Sr. Mário Cavaca – Bom dia, meu nome é Mário Cavaca, sou voluntário de uma associação de portadores de doença inflamatória intestinal. Como também trabalho na área da saúde, citarei pelo menos três casos, dentre os que tenho, para pensarmos em atitudes nessas situações.

Tivemos conhecimento e presenciamos a justiça dando ganho de causa a determinado paciente a quem forneceu uma caneta autoaplicável. Ao colocar a caneta na perna, ela deu um estalo, e o paciente perdeu o medicamento por ter-se assustado com o barulho. Medicamento de alto custo que perdeu sua finalidade.

Segundo caso, também de judicialização: um paciente ganhou um medicamento, 30 comprimidos, ao preço de R\$60.000,00; tomou dois medicamentos e veio a falecer. Então, esses outros 28 comprimidos foram, provavelmente, jogados no lixo.

Outro caso, extremamente importante: numa judicialização, em Minas Gerais, o paciente ganhou sete frascos de medicamento, e, um belo dia, ligam para a sua residência solicitando-lhe ir ao Aeroporto da Pampulha. Em chegando lá, desce um avião com uma caixinha de isopor, com os frascos, medicamento que a Secretaria de Saúde de Minas Gerais distribui aos pacientes, mas, uma vez tendo-lhe negado, houve recurso à Justiça Federal, e um avião veio, de Brasília, trazer esse medicamento.

Isso é para que revejamos também essa situação; fornecer, sim, mas saber onde ou como aplicar para que não seja em vão o custo do medicamento. Obrigada.

O presidente – Quem se habilita a responder as perguntas? Vamos disponibilizar as perguntas a todos e, ao final, cada membro da Mesa as responderá. É importante que cada membro da Mesa anote a pergunta para, depois, respondê-la.

Com a palavra, Marco Aurélio, da Frente Parlamentar de Práticas Integrativas em Saúde. O próximo inscrito é Roges Carvalho.

O Sr. Marco Aurélio Cozzi – Saudações a todos, em destaque grande para nossa desembargadora Vanessa Verdolim e a Fernando Aith, da USP, por suas posturas, demonstrando serem altamente sabedores do assunto.

Venho reforçar o nosso trabalho de dois anos e meio na Frente Parlamentar de Práticas Integrativas em Saúde, na Assembleia, por meio do parlamento de Brasília, e um trabalho que já enviei a todos os deputados, chamado Pirâmide Macozzi de Insustentabilidade Humano-Planetária. O que significa isso? Significa que precisamos reativar a parte política, principalmente em relação a essas práticas integrativas, que servem não somente para o câncer. Podemos curar o câncer até com meditação transcendental, com meditação yoga. Temos dezenas, centenas de medicamentos oncológicos, que representam uma redução de 40 a 60% nos custos da saúde, inclusive acupuntura e homeopatia. Nosso trabalho é tentar divulgar isso junto aos deputados que agora foram eleitos e, com isso, levantar uma questão gravíssima: nós estamos vivendo realmente um sistema caótico em tudo, uma prática de crime de lesa-pátria, um “pacientecídio”. Acho que nós, que estamos na liderança dessa situação, devemos imediatamente convocar todo esse pessoal, inclusive o pessoal da área de enfermagem – que são 1.800.000 – a fim de levantar várias situações de estrangulamento, inclusive da Anvisa.



A Anvisa nos prejudica, ela praticamente fechou questão em relação a todas as ervas medicinais do Laboratório Belém Jardim, em Belo Horizonte, que acompanho já há 40 anos, pelo fato de ele não estar credenciado junto à agência. Com isso, uma grande quantidade de pessoas não pôde mais se beneficiar do tratamento, reduzindo, como eu disse, o custo na área de saúde de 40% a 60%.

Felicito todos pela participação, sobretudo à Assembleia, por esse tipo de evolução altamente inteligente na área de saúde. Estaremos à disposição dos deputados e, se alguém quiser informações sobre esse trabalho que enviei aos parlamentares, podem utilizar o meu *e-mail*: semprevivamacozzi@gmail.com, então poderemos trocar ideias. Os deputados realmente já receberam essa nossa mensagem. Muito obrigado. Felicidades a todos.

O presidente – Com a palavra, o Roges Carvalho, do Sindicato dos Psicólogos de Minas Gerais. Lembro que é importante que os participantes se restrinjam à pergunta.

O Sr. Roges Carvalho – Boa tarde a todas e a todos. Gostaria que o Fernando e a Vanessa respondessem ao meu comentário e queria até parabenizá-los pela brilhante exposição. Eu gostaria de fazer apenas uma observação e queria que vocês a comentassem, porque se tratou muito da universalização, da integralidade, do igualitário, mas nos esquecemos de um princípio fundamental para que o SUS funcione nesse tripé: a equidade. Vocês tocaram no conceito de equidade, mas não de maneira muito clara. A equidade tem de ser muito respeitada porque passa pelo coletivo. Quando pensamos na equidade, de tratar os desiguais de maneira desigual, em ofertar, por exemplo, os diferentes serviços tratando os diferentes de maneiras diferentes e também em ofertar um serviço de acordo com a necessidade e não por procedimento, de acordo com cada um no coletivo, acho que mudamos um pouco essa discussão da judicialização do ponto de vista de ela ser boa, ser ruim, ser necessária ou não. Vocês foram bastante felizes porque não perderam, em momento nenhum, o aspecto social, que é muito importante para nós.

Uma saída, como vocês disseram, é criarmos realmente protocolos clínicos terapêuticos. Entendo que esses comitês deveriam ser formados por profissionais de saúde, por usuários do Sistema Único de Saúde, e que deveriam ser colocados dentro dos conselhos de controle social. Ficar fora do controle social não seria bom em razão de uma série de interesses. Temos sentido que hoje o desrespeito e o oportunismo estão muitos grandes, muitos gestores fazem a saúde não de modo voltado mais contra a evidência, mas de uma maneira mais científica, mais plausível, podemos entender que qualquer resolução nesse sentido, fora do controle social, fora dos conselhos de controle social, pode se perder de vista, e a gente cair no mesmo campo anterior, que é essa judicialização, que não deveria realmente ficar na mão do Judiciário. Ela correria novamente de maneira muito franca e assim por diante. Gostaria que vocês comentassem a questão, principalmente o conceito de equidade. Muito obrigado.

O presidente – Há uma pergunta escrita direcionada ao deputado Antônio Jorge, que tem um compromisso neste momento. Então, atendendo ao pedido do deputado, vou passar para ele a questão do Tiago Henrique, da Aliança de Jovens e Estudantes de Minas Gerais. Como o deputado já foi nosso secretário de Saúde, a pergunta está bem direcionada. (– Lê:) “Sendo a saúde um direito social previsto na Constituição e existindo leis que determinam o percentual de investimento mínimo, por que governos e gestores não cumprem e por que não há punições efetivas?”. Com a palavra, o deputado Antônio Jorge.

O deputado Antônio Jorge – Agradeço ao deputado Wilson. Realmente terei de me ausentar e, como vou coordenar a Mesa das 14 horas, pedi para responder à pergunta neste momento. O Tiago está no Plenário? Obrigado, Tiago, por me dirigir a pergunta.

Na realidade, existe previsão do cumprimento e previsão de punição aos gestores. Isso ficou bastante nebuloso até a regulamentação da emenda constitucional em 2011 ou 2012. A partir daí, os entes passam a ter... Até então havia muita dúvida, já que não havia regulamentação, porque eram itens ilegíveis para gastos de saúde. Então, cada estado apresentava de um jeito, cada município apresentava de um jeito, já que o conceito de saúde é muito amplo. A regulamentação deixou muito claro o que poderia ser computado como gasto em saúde. Por exemplo, gasto em saneamento, obviamente, é gasto que favorece a saúde, mas não está no cômputo dos 12% do Estado. Então, a partir dessa regulamentação, isso ficou bastante claro para que as instâncias de controle pudessem tomar suas providências. Os Estados, de modo geral, estão cumprindo os 12%. Os municípios não cumprem os 15%, gastam muito mais. Em Minas, gasta-se uma média de 23%. Alguns municípios gastam 30%. A equação ficou muito desequilibrada a partir dos compromissos da União, com a previsão da emenda constitucional, que era de 10%.

Eu tenho dito que a presidente Dilma, na sua história política, vai ficar, nesse caso, com uma mancha muito negativa. Isso porque, depois de 12 anos lutando pela regulamentação da emenda, ficamos sem a bandeira e sem o dinheiro, já que o ente que concentra a maior riqueza, o ente federal, que concentra 70% de todos os recursos oriundos da sociedade brasileira, descompromissou-se com a ideia dos 10%. Na realidade, ele aprovou uma regra, que é o percentual mais a variação do PIB, que naquele momento dava um pouco mais de 5%, frustrando a expectativa do movimento de saúde em quase R\$50.000.000.000,00. Também está cumprindo porque mudou a lei na hora da regulamentação.

Adicionalmente a isso, Tiago, é preciso observar duas coisas importantes: primeiro, como cumprir isso. A lei deixou muitas brechas para que o cumprimento tivesse certo desenho contábil. Então, desde que seja consignado em restos a pagar e com lastro financeiro, isso pode passar em restos a pagar. Assim, os estados, na sua maioria, passam com valores excessivos de restos a pagar de um ano para outro. Então, cumpre-se a norma do ponto de vista legal, o TCE aprova, mas a efetiva execução do gasto dentro do período acaba não acontecendo. Essa é uma coisa que o governo federal permitiu, porque era do seu interesse. Esse aspecto e também o aspecto de que o recurso oriundo da produção própria dos serviços de saúde do ente podem estar na caixa único e não mais só na saúde também trouxe... É como se disséssemos: deu com uma mão e retirou com a outra.

Hoje, se pensarmos na produção do Inca, do Into, dos grandes institutos nacionais, veremos que os recursos próprios integram o orçamento da União. Os recursos da Funed, da Fhemig, das nossas autarquias integram o caixa único do Estado. Aumentou obrigatoriamente a Fonte 10, que é o recurso próprio, mas a Fonte 60, que era sobre produção de serviço, acabou voltando para o caixa do Estado. Então, na literalidade, os governos gastam pouco com a saúde. Estou falando de governos, sem nenhuma conotação partidária. E no caso da norma dos 12%, 15% e 10%, houve essa traição do ente federal.

Outra questão é o aspecto da punição. É lógico que não adianta haver lei e não haver medidas punitivas no seu cumprimento. Eu conversava com o professor, dizendo que temos de ter uma estratégia para pressionar os verdadeiros gestores financeiros. O gestor da



saúde é um gestor finalístico, não é o gestor financeiro. Primeiro, o seu ordenador de despesa está na ponta, é um médico. É de acordo com o que o sistema gasta que o gestor acaba gastando. Ele tem seu planejamento, as suas rubricas, mas é atravessado pelo ordenador de despesa clínico.

A segunda questão é que existe uma tensão interna em todos os governos – e volto a dizer que não há conotação partidária –, entre o setor finalístico e o setor meio, entre quem gasta e as equipes econômicas. A equipe finalística quer ampliar a sua ação, a equipe econômica quer cumprir a responsabilidade fiscal. Essa tensão se traduz numa queda de braço em que o lado mais frágil sempre é o finalístico. A equipe econômica sempre tem muito mais força. Então, a não execução ou a execução incompleta de um orçamento, em última instância, é de muito maior responsabilidade do setor fazendário econômico dos governos do que do setor finalístico.

Essa é outra questão que precisamos rever em relação à responsabilidade sanitária e à responsabilidade fiscal, porque ao gestor de saúde, em última instância, cumpre a execução do orçamento que lhe é fornecido efetivamente. Essas cotas orçamentárias sempre são de responsabilidade das equipes econômicas.

O presidente – Com a palavra, Jair da Silva Abreu. O próximo será Hetore Viana.

O Sr. Jair da Silva Abreu – Bom dia a todos. Meu nome é Jair da Silva Abreu. Gostaria de falar a respeito da corrupção da saúde. Cobra-se muito do governo. Tudo bem, tem de cobrar. Mas vemos “n” pessoas que desviam a verba da saúde, são réus no Ministério Público e na promotoria, mas nada acontece. A inércia, a falta de atitude do Ministério Público é conhecida por mim. Participei do Conselho de Saúde em Contagem, e a única certeza com que saí de lá foi da corrupção da saúde no município. É triste. Como fazer para evitar isso se o Ministério Público, que é o órgão que deveria punir, não pune? Obrigado.

O presidente – O próximo é Hetore Viana; depois, a Sra. Margareth Maria Araújo.

O Sr. Hetore Viana – Bom dia a todos. Meu nome é Hetore, sou terapeuta naturista e administrador público. Tenho em mãos o livro *Judicialização do sistema brasileiro de saúde*, que já li e cujo tema estamos debatendo. Venho relatar algumas coisas em relação à saúde de modo geral, especificamente sobre o caos em que se encontra o nosso município. Sou natural de Santa Luzia, pertencente à RMBH. Faço parte da irmandade do hospital, que está fechado há alguns meses. Sou autor de um projeto no município para implantarmos as medicinas naturais. Na gestão passada, isso foi excluído, o que foi um retrocesso social, e ainda não foi recolocado.

Sou autor de um outro projeto para minimizar os gastos com a saúde pública na ordem de 40%. Esse projeto já foi apresentado, inclusive na universidade, tendo sido considerado como o melhor projeto de gestão.

Minha pergunta é muito pertinente à resposta do deputado sobre a questão da responsabilidade pelo não cumprimento, a necessidade de uma lei para a exigência de um cumprimento que é direito de todos. Solicito à câmara que reveja essas leis e crie uma nova forma legislativa mais efetiva de cobrança pelo não cumprimento da obrigação do gestor.

O presidente – Com a palavra, a Sra. Margareth Maria Araújo.

A Sra. Margareth Maria Araújo Mendes – Bom dia a todos. Sou Margareth, portadora de hemoglobinúria paroxística noturna – HPN –, e represento os portadores dessa enfermidade no Brasil, ligados à Associação de Familiares e Amigos de Portadores de Doenças Graves – Afag.

Sou usuária de um medicamento órfão, e a única forma de adquiri-lo é realmente via judicialização, porque não é aprovado pela Anvisa. Já uso o medicamento, mas falo pelos outros portadores que estão com o processo no Ministério da Saúde, no Judiciário, e inquieta-me muito justamente a seguinte fala da Dra. Vanessa: “Não se pode deferir pedido de medicamentos não aprovados e não testados pela Anvisa”. O próprio nome desse medicamento já diz tudo: medicamento órfão; ele é a única forma possível de tratamento atualmente disponível no mundo e já é aprovado por outras instituições de saúde na Europa, Estados Unidos e em outros países. Além de essa ser uma doença rara, algo muito difícil, o fato de o medicamento não ser aprovado pela Anvisa dificulta a sua disponibilidade, o acesso a ele e a sua aplicação, visto que até mesmo quem tem plano de saúde precisa pagar à parte sua aplicação, por ele não ser aprovado pela Anvisa. No meu caso, não tenho plano de saúde, faço o tratamento no Hospital das Clínicas.

Então, nesse caso, o “não testado” significa o quê? Significa que não foi testado fora do Brasil, no Brasil? Esse medicamento é o único possível e, se estou aqui hoje, isso se deve ao fato de usá-lo; a minha probabilidade de vida era muito curta, porque tive trombose no fígado, cérebro e pele, além de outras coisas que não citarei, e isso poderia ter causado meu óbito, como já causou em outro portador em Minas Gerais. No Estado, somos 43 portadores, considerando-se esse óbito, e somente 19 fazem uso do medicamento, e outros estão com processo. Então o que significa o rótulo de não ser aprovado e testado na Anvisa? Alguns amigos meus já são usuários do *eculizumab*, que aparecia na lista de medicamentos, e sou uma prova viva da sua importância, pois sei o que foi minha vida sem ele e sei o que é agora. Se estou aqui, realmente, isso se deve ao fato de fazer uso dele, e minha única oportunidade veio por via da judicialização. Então, gostaria que a senhora explicasse melhor o fato de dizerem que não foi deferido. Obrigada.

O presidente – Com a palavra, Daniel Ferreira da Silva, do Conselho Municipal de Saúde de Santa Rita de Sapucaí. Antes, porém, gostaria de informar que estão encerradas as inscrições para perguntas orais. Daí, passaremos às respostas para as perguntas escritas que nos chegaram.

O Sr. Daniel Ferreira da Silva – Boa tarde a todos. Queria parabenizar esta Casa e os palestrantes pelas informações tão bem fornecidas e pela oportunidade de aprendermos mais sobre a judicialização da saúde. Embora haja entendimento de que o Poder Executivo seja o melhor meio para solucionar as demandas de saúde, como podemos chegar a uma solução de não judicialização, visto que a negativa do Poder Executivo é que nos leva à procura do Poder Judiciário? O usuário leva seus laudos e prescrições, mas não é atendido. A primeira negativa é sempre do Poder Executivo, portanto queria saber como 100% dos juízes chegaram à conclusão de que esse poder é o melhor para iniciar algum processo em relação a pedidos de medicamentos ou a outras demandas do usuário.

O presidente – Passamos à leitura das perguntas escritas e direcionadas a cada palestrante. Perguntas para o Sr. Fernando Aith: Margareth Maria Araújo Mendes, da Associação de Familiares e Amigos de Portadores de Doenças Graves: “A aprovação de medicamentos pela Anvisa não facilitaria o acesso ao medicamento sem recorrer à ação judicial, uma vez que o processo tem custos?”; Eni Carajá Filho, do Conselho Nacional de Saúde: “O direito à saúde permite atender uma única pessoa em detrimento da



saúde dos demais? Como apoiar o processo de desjudicialização e a evidência científica dos produtos certificados pela Anvisa e pelo Conitec?"; e Mateus Aranha: "O direito constitucional à saúde é absoluto? Só por estar indicado em um relatório médico, o Estado deve fornecer insumo ou serviço? E as políticas públicas, devemos desconsiderá-las?".

Pergunta para a desembargadora Vanessa Verdolim: Vicente Fagundes, da equipe de Peritos e Assistentes Técnicos Judiciais para a saúde suplementar: "A saúde suplementar está pagando caro pela ineficiência da saúde pública?". Com a palavra, o Prof. Fernando Aith.

O Sr. Fernando Aith – Agradeço todas as questões que me foram colocadas e os demais comentários.

Eles demonstram como o tema é extremamente complexo e, como todo problema complexo, requer soluções complexas. Não podemos ter a ilusão de que um fenômeno social como o da judicialização da saúde, recente no nosso país – fiz questão de demonstrar isso para vocês na minha apresentação –, vai se resolver da noite para o dia e com uma bala de prata mágica. Não existe isso.

Então, eu gostaria de começar respondendo às três perguntas escritas, da Margareth, da Eny e do Mateus, colocadas agora pelo deputado Wilson, porque entendo que dá para responder a elas dentro de um mesmo contexto, assim me permitindo esclarecer um pouco a colocação que procurei deixar clara na minha apresentação. O sistema de saúde brasileiro, no que se refere à incorporação de novos produtos e serviços – incluindo aí medicamentos, que é o grosso da judicialização no Brasil –, é realizado em etapas. E aproveito aqui o comentário feito pela Margareth em relação a medicamentos que já têm seu reconhecimento por agências internacionais, algumas de amplo reconhecimento técnico, como a *Food and Drug Administration, dos Estados Unidos, e a Agência Europeia de Medicamentos. Existem alguns movimentos de incorporação de novos produtos e tecnologias em saúde. É importante entendermos, primeiro, como acontece isso.*

O Brasil, como um país pobre e subdesenvolvido, está muito atrás no que se refere a inovação tecnológica em saúde. Grande parte do nosso custo de saúde se deve à necessidade de pagarmos royalties. Em grande parte dos custos dos equipamentos e medicamentos que compramos e usamos, um substancial percentual deles é royalty para a indústria da marca que inventou o produto. Eles inventam o produto e patenteiam, não necessariamente em primeiro lugar no Brasil - aliás, raramente em primeiro lugar no Brasil. Esses produtos vão ser patenteados e reconhecidos primeiramente na Europa e nos Estados Unidos, mas agora um pouco na Índia, que correu atrás, onde estão as empresas mais inovadoras no terreno de novas tecnologias em saúde. Então, o primeiro movimento é o reconhecimento internacional de uma nova tecnologia.

Depois disso essas empresas vêm ao Brasil e pedem seu registro na nossa Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que, ao dar o registro, está incorporando a possibilidade de esse produto ser comercializado legalmente no nosso país, no mercado privado. Coloquei isso na minha apresentação. Isso significa que qualquer cidadão, desde que tenha capacidade econômica, terá acesso a esse produto dentro do território nacional. Mas vale lembrar que existe uma norma da Anvisa, combinada com a Receita Federal, e isso dialoga com a questão da equidade, abordada pelo senhor. Então eu tenho um produto que entra no mercado internacional; num segundo momento, ele entra no mercado nacional privado, a partir do registro da Anvisa; e, só num terceiro momento, se a Conitec atualmente assim entender, esse produto será incorporado na política pública patrocinada pelo SUS. Então temos três etapas de um produto de saúde. A primeira é a incorporação no globo; a segunda é a incorporação legal no Brasil; e a terceira é a incorporação no sistema público de saúde por meio da definição da política nacional de saúde.

Então são três coisas diferentes. É por isso que procurei classificar a judicialização, porque ela pede produtos que só estão reconhecidos no exterior; produtos que estão reconhecidos no Brasil, mas ainda não pelo SUS; e produtos reconhecidos pelo SUS. São três judicializações diferentes, que não devem ser tratadas da mesma forma. Então, perguntas como "o direito constitucional é absoluto..." ou "devemos desconsiderar as políticas públicas" não consigo entender direito. Não foi isso o que foi dito. Na verdade, o que foi dito é que a política nacional de saúde, porque é da dinâmica do processo, sempre estará um passo atrás das inovações tecnológicas em saúde, que são incorporadas ao nosso sistema. Esse *gap* vai causar uma pressão por esses produtos. Então, eu tenho um produto que está reconhecido na política nacional, que vai disputar, como um produto reconhecido pela Anvisa, mas ainda não incorporado ao SUS. A Conitec vai fazer os estudos dela, mas entender como esse processo de incorporação tecnológica é feito no SUS é fundamental.

Em segundo lugar, precisamos saber como esse processo é feito. Então elevar a política de saúde a monte sagrado não resolve, porque sabemos que a política de saúde pode ser defasada, ineficaz, e os estudos também podem ser malfeitos. Existem várias razões que levam um produto a ser incorporado ou não à política nacional de saúde. Entretanto, não pretendo discuti-las aqui.

Tudo bem. Uma vez definida a política nacional de saúde, que vai dar um determinado medicamento, descubro que a minha doença, como é o caso da Margareth, ou não está no sistema público ou não está nem mesmo no sistema nacional, mas ela é a minha necessidade de saúde, seja porque o medicamento que a política nacional oferece não serve para mim, por questão de eficácia ou de efeitos colaterais específicos ao meu metabolismo, seja porque foi incorporada ao sistema, mas não foi incorporada ao SUS, por motivos econômicos. Vocês acham que a política não leva em consideração o preço do novo medicamento para incorporar ou não? Muitas vezes, o ministério não incorpora um novo medicamento em sua lista, porque isso representará um custo a mais no orçamento já avariado da saúde. Então existe um cálculo econômico por trás disso, que é orçamentário, que deve ser considerado, e que faz parte da política.

É por isso que temos desenvolvido muito a ideia de democracia sanitária. O protocolo, a diretriz terapêutica, e a política de saúde têm, sim, de serem considerados pelo Judiciário nas suas decisões. A Dra. Vanessa foi correta nesse sentido. Entretanto, é a política que não deve ser considerada de forma absoluta. Devolvo a resposta com a mesma pergunta: "O direito à saúde gera um direito de a pessoa ter acesso ao que ela tem necessidade?". Se o que ela tem necessidade já está incorporado na política nacional de saúde, ótimo, e esse processo judicial nem deveria existir, já que ele seria resolvido por meio dessas câmaras de negociação e da política eficiente. Mas devemos prestar atenção porque esse tipo de judicialização não acabará nunca. Vamos nos acostumar com isso. É a judicialização do produto não incorporado ao SUS, mas já registrado na Anvisa; ou sequer incorporado ao sistema brasileiro, mas já reconhecido por agências internacionais, como o FBA, o MA e agências japonesas. Esse tipo de demanda sempre vai pressionar a judicialização.



Então eu vou condenar o cidadão, como a Margareth, que sabe que existe um medicamento para curá-la, no exterior, mas não tem dinheiro para comprá-lo, e o SUS não o incorporou? Será que devo dizer a ela que sinto muito e que ela não terá acesso a esse medicamento? É isso que está em jogo. Quer dizer, há uma parte da judicialização que não é tão simples, que é a necessidade do cidadão e o que o sistema público oferece.

Esse é o sopesamento que temos de fazer. É aí que iremos em busca da equidade. Muitos dizem: “A judicialização gera iniquidade porque procura o Judiciário quem já pode”. Não é um argumento de todo válido, porque as pesquisas que vi demonstram que grande parte da judicialização é feita por via de defensoria pública. “Pessoas só têm acesso ao Judiciário porque têm advogado público”. Vejam o aparente paradoxo: é um defensor público entrando com ação contra o estado. Quem está errado é o defensor público ou o estado? Na verdade, não tem erro. Estamos tentando viabilizar um direito que é de difícil viabilização.

Todas essas questões sobre qual é a política, o que vamos mudar, o que não vamos mudar, as iniquidades, quem tem dinheiro hoje... Posso ir ao exterior com uma receita médica e trazer de lá o medicamento que eu quiser. Existe uma lei que me autoriza isso. Um medicamento de que eu tenha necessidade, registrado no FDA, posso importá-lo dos Estados Unidos se eu tiver dinheiro. A outra lógica é: “se a Anvisa não registrou, o SUS não pode pagar”. Ora, isso é iniquidade, porque quem tem dinheiro vai ter acesso ao tratamento e quem não tem não vai porque o SUS não paga. “Mas o SUS não tem dinheiro para pagar tudo.” Então vamos assumir que o SUS não é mais universal, que não vamos pagar os medicamentos para portadores de doenças raras porque eles são caros demais. Mas isso ninguém quer admitir porque não é o que está escrito na Constituição. A Constituição diz que ele é universal, e o tratamento é de acesso igualitário. Então, o estado vai ter de me dizer que tratamento ele ofereceria como alternativa à Margareth, por exemplo. Digamos que seria um tratamento que não salvaria a vida nem resolveria problemas de deficiência que poderiam acarretar dessa doença. A solução que o estado está oferecendo não basta. Então vou culpá-la de ir à Justiça buscar essa salvação da vida ou essa solução contra uma possível degeneração da sua saúde física? Não. Acho que a sociedade brasileira tem de debater, de um jeito um pouco mais maduro do que tem sido, como vamos atender as doenças raras. Como vamos atender e resolver esse GAP entre o que está no sistema privado e o público? Como vamos fazer para que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas sejam atualizados de forma mais célere e sejam democráticos, participativos, transparentes? Isso é o que está na pauta, e acho que é o que buscamos para eventos de qualidade como este.

Bem, já falei demais. Agora deixo as outras perguntas para a minha colega de Mesa responder. Obrigado.

O presidente – Com a palavra, a desembargadora Vanessa...

O deputado Arlen Santiago – Doutor Wilson Batista, pela ordem. Tenho duas perguntas a mais para fazer à Dra. Vanessa Verdolim também.

O presidente – Então passo a palavra ao deputado Arlen Santiago para que faça as duas perguntas também direcionadas à Dra. Vanessa.

O deputado Arlen Santiago – Obrigado. Gostaria de dizer para a Margareth e também para o rapaz que possui a doença no sistema digestivo – não guardei o nome dele – que procurem, no nosso Gabinete nº 222, a Maria Cláudia, porque estamos na Comissão de Saúde com um grupo de trabalho para tentar organizar um pouco essa questão das doenças raras. Já tivemos uma audiência pública na comissão, também tivemos um outro estudo, e queremos realmente cuidar um pouco melhor de vocês, na tentativa de negociar com a Secretaria de Saúde e com o ministério algo que preserve a vida.

A desembargadora Vanessa Verdolim disse: “se não tomar esses medicamentos, você morrerá?”. Nas doenças raras, muitas vezes sim. Então eles teriam de ser acolhidos pela nossa judicialização.

Desembargadora, fiquei muito impressionado com a sua palestra. Como sempre, cada vez melhorando mais. Entretanto a gente fica com algumas questões aqui. Por exemplo, a senhora colocou que a Organização Mundial de Saúde fala que 50% das receitas médicas não são adequadas. Entendi, mas isso é no mundo ou no Brasil?

Vemos que, no Brasil, o que faz com que alguns procedimentos não sejam feitos é o que é pago por eles. Pagar menos do que o custo do procedimento, como a tabela do SUS faz? O que fazer? Por um raio-X de tórax, paga-se R\$5,57, no entanto, só o filme custa R\$19,00. Como obrigar o hospital a continuar a fazê-lo? O que um serviço de pronto socorro, de emergência, recebe do SUS para os médicos ficarem lá e fazer o atendimento não paga 30% do seu custo. Aí, tem de o estado, o município e o hospital tentar buscar dinheiro de particular, por *telemarketing*, como faz o Hospital da Baleia, etc, para subsidiar o tratamento do SUS. O que pode ser feito, com base na judicialização? Há como judicializar isso para obrigar o Ministério da Saúde a pagar pelo menos o custo?

Outra questão, a senhora falou muito bem: as ações deveriam ser contra o ente mais poderoso, o governo federal. Não seria o caso, de o comitê do Tribunal de Justiça – hoje até a Comissão de Saúde recebeu o convite do desembargador Dresch para fazer parte dele –, fazer um convênio entre o Ministério Público Federal e o Ministério Público Estadual, para que possamos entrar com uma ação direta contra o governo federal, em vez de entrar só contra o município, que não está aguentando mais?

São essas duas perguntas. Como facilitar as ações contra o governo federal para que possam ser feitas? E o que poderíamos fazer com o Ministério da Saúde, para que o pagamento dos procedimentos cobrissem pelo menos o custo. Uma criança precisa de operar de amígdalas. São R\$306,57, está na tabela. Esse valor é para pagar o médico, o anestesista, o material, a comida, a enfermagem, enfim, tudo. Esse procedimento deve custar mais R\$1.000,00. Paga-se hoje por uma UTI neonatal R\$470,00, e ela custa R\$1.100,00. Está comprovado em todo lugar. Tanto que se paga à Santa Casa, que é um hospital 100% SUS, R\$1.100,00; já aos outros, paga-se R\$470,00. Quer dizer, cada vez que surge um novo hospital, ele acaba quebrando. Como fazer nessas duas situações?

O presidente – Com a palavra, a desembargadora Vanessa.

A Sra. Vanessa Verdolim Hudson Andrade – Lembro-me de que quando falei sobre essas receitas 50% erradas, pensei até em perguntar ao senhor, como médico, como veria essa informação. Mas me lembro de que ressaltei também que esse é um levantamento mundial. Ainda disse que, em um país muito mais subdesenvolvido do que o Brasil, onde haja miséria, que haja na área médica uma deficiência muito grande de especialistas, sem especialistas, e tudo, acredito que esse erro seja muito maior, o que vem compensar em uma média global. Aí, o entendimento que se deve ter de um país igual ao Brasil: se temos falta de médicos em número, não temos



falta de qualidade. Aqui há médicos da melhor qualidade. Em algumas áreas, há pessoas do exterior que vêm se tratar aqui no Brasil. Então, entendo que esse levantamento é mundial. Seria o caso de solicitar um esclarecimento à Organização Mundial da Saúde de quanto é a média de cada país.

Quanto às ações contra o governo federal, isso daí é mais de cultura do que matéria judiciária ou judicial. Entendo que a OAB deveria ser chamada a participar deste debate, pois ela poderia, muito bem, por meio de debates de conscientização, levar a um resultado mais útil e eficaz, no sentido de dirigir ações contra ao governo federal.

Quanto ao terceiro item: “Por que o SUS paga menos do que o custo? O que poderia ser feito?”, entendo que isso seja mais questão de gestão do SUS e também de política. No meu modesto entendimento, isso poderia ser resolvido através de lei federal, que obrigaria o SUS a pagar, no mínimo, o valor do custo.

O que pode ser feito por um hospital que venha a ser obrigado a fazer um procedimento pelo qual gastará mais do que receberá do SUS? Já há uma lei que permite o ressarcimento, principalmente na área pública, do município que fizer um atendimento de outra área. Ele tem o direito a esse ressarcimento pela Federação. Tenho o entendimento nesse sentido.

A outra pergunta é de Vicente Fagundes, da equipe de peritos e assistentes técnicos judiciais para a saúde suplementar. Ele pergunta se a saúde suplementar está pagando caro pela ineficiência da saúde pública. Entendo que não e darei dois motivos: primeiro, pagamos ao plano de saúde para sermos por ele atendidos. Então, o plano de saúde não nos pode obrigar a sermos atendidos pelo SUS, se ele recebe para nos atender. O segundo motivo: há uma lei que permite ao SUS se ressarcir pelo plano de saúde quando atende a uma pessoa que já possua plano de saúde para essa cobertura. Apenas nesse ponto entendo que o plano de saúde pode estar sendo um pouquinho prejudicado. Se recebe e aquele procedimento constar no contrato, não se pode falar em prejuízo. Poderíamos falar em prejuízo se o procedimento não constasse no contrato.

Aproveito para responder à pergunta da Margareth em relação a minha fala. Vejam como é bom haver discussão, eu estar aqui para falar e vocês poderem se dirigir a mim para fazer perguntas sobre o que disse. Realmente há um enunciado que diz o seguinte: não se deve deferir medicamento não aprovado pela Anvisa. A regra diz que não se deve, mas ela não é absoluta, pois, se for necessário, deve. Quais são os parâmetros, os critérios? “Desde que seja comprovadamente eficaz para aquele caso e que não haja outro medicamento que não tenha sido ainda experimentado e que possa ter eficácia no caso concreto”. Agora, o fato de ele já ser atestado e aprovado em outro país já é um caminho andado para que aqui seja deferido. Há até decisões judiciais no próprio Tribunal de Justiça nesse sentido. Medicamento que não foi aprovado pela Anvisa, mas que no exterior já é aprovado e já tem a eficácia garantida, pode ser deferido.

Há mais duas perguntas a mim dirigidas. Agradeço. A primeira é da Tamara, da Secretaria de Saúde de Paracatu. Ela deve ainda estar aqui. Agradeço-lhe a pergunta, que é a seguinte: “Diante de solicitação judicial de um medicamento, por exemplo, que não faça parte do rol de medicamentos do SUS, independentemente da condição financeira do paciente, o SUS deve fornecê-lo?”.

O SUS fornece, sim. Ele não exige atestado de pobreza e que a pessoa seja hipossuficiente financeiramente. Ele fornece.

Continua a pergunta: “Ou apenas para aqueles que não têm condições financeiras, frente à constatação da necessidade do tratamento? Por que as decisões judiciais, quando abordam produtos específicos, não são atreladas a estudo social pelo Judiciário? Não seria uma visão equivocada do princípio da universalidade?”.

Vejam só: quando um pedido chega à justiça, em geral é urgente. Não podemos aguardar um estudo social a fim de verificar se a pessoa pode pagar ou não aquilo para depois deferirmos. Se alguns casos não forem deferidos na hora ou em pelo menos 24 horas, aquilo se torna ineficaz. Lembro-me de um caso sobre o qual posso falar, porque foi público. Em um seminário nosso uma desembargadora federal pediu a palavra para falar sobre um caso pessoal. Ela nos trouxe a seguinte informação: sofria de uma doença rara cujo medicamento, uma ampola, custava R\$5.000,00. Isso aconteceu há sete anos. Ela tomava quatro ampolas mensais, salvo engano. O que ela recebia líquido por mês não daria para pagar as quatro ampolas. Se fosse depender de estudo social, o SUS não poderia mesmo fornecer o medicamento. Se fosse depender de ela ser pobre no sentido legal, também não obteria o medicamento. Como não podia pagar, ela não poderia tomar as quatro ampolas por mês. Como faria para sobreviver? Como pagaria para a família alimentar e morar? Ela não obteve o medicamento do SUS. Então, entrou na justiça e ganhou. O mais importante é que o SUS, através do protocolo clínico, disponibilizou também para inúmeros outros pacientes, porque, mesmo sendo uma doença rara, sabemos que muitas pessoas dela padecem nesse universo que é o Brasil. O SUS, através de licitação, por causa do número de medicamentos que adquiriu e por causa dos subsídios legais, como descontos que obtém por meio de leis para licitação, conseguiu o medicamento a R\$500,00, a fim de oferecê-lo aos que dele necessitem. Creio que respondi a pergunta.

A segunda pergunta foi formulada por Maria Teresa Pereira Hosken, da Secretaria de Saúde de Barão de Cocais. Tenho uma certa ligação com Barão de Cocais, onde moram algumas pessoas da minha família. A pergunta é: “Uma determinação judicial de internação de um paciente ocorreu porque a vaga do SUS não ocorreu no prazo, ou seja, não existia vaga. Então, entraram com a ação. Houve determinação judicial para que o município fizesse a internação em hospital particular, em hospital que atendia pacientes do SUS, e pagasse o tratamento. Após 40 dias de internação e negociação com a secretaria do município, o paciente foi transferido para um leito do SUS no mesmo hospital. Pergunto: isso não comprovaria a existência do leito SUS?”. Nem sempre, porque após 40 dias a vaga pode ter surgido. “Quem paga a conta?” Se o município foi obrigado, deve pagar a conta, mas tem direito ao ressarcimento porque, quando pratica um procedimento ou fornece um medicamento que, pelas políticas públicas, é atribuído a outro órgão da Federação – União ou estado –, tem o direito de buscar o ressarcimento. Então, quem paga a conta é o município, mas vai ser ressarcido pelo ente a quem a lei atribui as políticas públicas, a obrigação.

O presidente – Agora vou responder a uma pergunta que me foi dirigida pela Sra. Luzia Maria de Oliveira do Espírito Santo, conselheira municipal de saúde de Contagem.

A pergunta é a seguinte: “Por que não se exige que o médico peça urgência ou exame especializado com o fim de evitar a judicialização?”. Essa é uma responsabilidade médica, solicitar o exame. Todos conhecem os exames que são de urgência. Não há como, em exames conhecidamente eletivos, o médico simplesmente torná-los urgentes para a pessoa poder antecipar ou sair da fila. O



que é necessário é que esses exames tenham alguma prioridade, alguma indicação médica claramente existente para o paciente e um tempo razoável de espera para que seja realizado.

Nós tivemos em 2012, 2013 uma lei federal obrigando que pacientes com diagnóstico de câncer confirmado não tenham ultrapassado em 60 dias o início do tratamento. Todos sabemos que a alta mortalidade por câncer no Brasil é por conta de o tratamento ser feito tardiamente. Por que o tratamento é feito tardiamente? Porque o paciente levou meses, anos na fila de espera para poder chegar ao diagnóstico de câncer. Essa é nossa preocupação, porque todos que já têm diagnóstico confirmado de câncer, com alguma dificuldade, certamente conseguirão o tratamento em até 60 dias.

Essa lei deveria ser para que pacientes que estão sendo investigados por um tumor, uma neoplasia tivessem tempo de até 60 dias para realizar o diagnóstico. Fizemos uma lei dessa natureza, que tramita na Assembleia desde 2013, para que os pacientes que já têm uma consulta médica, que estão investigando uma possível neoplasia, tenham até 60 dias para que os exames sejam realizados. É preciso que o paciente tenha uma indicação para fazer o exame, tenha uma clara suspeita de neoplasia. Assim, o tempo tolerado seria de até 60 dias. Dessa forma, poderíamos reduzir a mortalidade por câncer, porque os pacientes estariam se beneficiando de um diagnóstico precoce e de um tratamento no momento oportuno.

Outra preocupação já citada pela Dra. Vanessa é que 50% das prescrições médicas têm algum equívoco, isso, provavelmente, em outros países. No Brasil certamente esse número é bem maior. Infelizmente, não temos estatísticas sobre esses erros no País. É impossível contabilizar, saber o verdadeiro número das falhas na saúde, vamos dizer assim, no Brasil. Tenho convicção de que o número é muito maior.

Nos Estados Unidos há outra estatística preocupante: de cada 10 pacientes internados nos hospitais, pelo menos 3 saem com algum dano que poderia ser evitado. Imaginem só, de cada 10, pelo menos 3 saem com algum dano que poderia ser evitado na internação. No Brasil temos a certeza de que, a cada 10 pacientes internados nos hospitais, metade deles certamente sai com algum dano, com alguma sequela, muitas talvez reversíveis, mas há falhas que acarretam até mortes no Brasil. Esse número é elevado.

Preocupo-me ainda mais com o fato de hoje ser necessário abertura de faculdades, de cursos de medicina, mas é preciso ter controle de qualidade em relação a essas novas vagas que estão sendo criadas. É preciso que o médico seja formado e sobretudo que tenha habilidade e segurança de que o exercício da medicina não vai prejudicar ninguém. Se 50% de falhas ocorrem nos Estados Unidos, imaginem no Brasil, no futuro do Brasil, com tantos médicos se formando e cuja qualidade da formação deve ser avaliada. Nossa preocupação é principalmente para defender essas pessoas hoje vulneráveis quando precisam de tratamento médico.

Justifico a ausência do Prof. Fernando, que, por motivo de viagem, teve de sair. Com a palavra, a deputada federal.

A Sra. Raquel Diniz – Quero cumprimentar todos que estão aqui até agora e dizer que vocês são grandes responsáveis pela saúde em Minas Gerais, porque se preocupam com as pessoas e vêm aqui discutir este assunto tão importante, que é a judicialização da saúde. Ela representa o final do processo, porque, quando não se consegue resolver uma questão pelos meios administradores, as pessoas recorrem à judicialização.

Como deputada federal e questionada várias vezes a respeito do financiamento da saúde, o que verdadeiramente provoca a judicialização, posso dizer que na Câmara Federal estamos trabalhando uma subcomissão relacionada a esse financiamento, junto à nossa deputada Carmen Zanotto, que é uma deputada experiente, é da área da saúde e tem feito brilhante trabalho junto aos parlamentares. Em recente trabalho lá, nós chamamos a Comissão do Pacto Federativo, cujo presidente André Moura é do meu partido, e discutimos junto à comissão de financiamento da saúde a questão também da melhor divisão dos recursos.

Quero lembrar também que, quando discutimos, no início desta legislatura, com o ministro da Saúde, ainda nem estávamos falando desse orçamento deficitário, apresentamos a ele a necessidade, após os trabalhos da CPI das órteses e próteses, da fiscalização do Ministério da Saúde, já que a CPI, ao encerrar os trabalhos, levantou que muitos recursos estão indo para os ralos e que era necessário fazer uma fiscalização, porque, se o recurso está difícil, é preciso que ele seja bem gasto. E entendemos que, no Brasil inteiro, a nossa CPI mostrou um desvio desse recurso, que estaria sendo usado em áreas onde falta recurso.

Em relação à discussão aqui também hoje da questão das doenças raras, a Câmara dos Deputados, em conjunto com o Senado Federal, por meio do nosso senador Romário, que tem feito um brilhante trabalho nessa área junto à nossa colega deputada federal Mara Gabrilli, temos aberto importante espaço lá, com a realização de fórum nacional também neste ano. E o deputado Arlen Santiago colocou à disposição o seu gabinete, o 222, e eu coloco também o meu gabinete, o 444, em Brasília, à disposição, para levarmos essa importante discussão dos problemas de Minas Gerais em relação às doenças raras e que precisam de atenção. Elas, efetivamente, levam muitos processos ao Judiciário, por meio da judicialização da saúde.

Quero também falar, como norte-mineira da cidade de Montes Claros, onde nasceu o SUS, de outra judicialização, não dos pacientes. A nossa cidade, Montes Claros, faz um importante trabalho. É um exemplo – isso já foi levado à Câmara Federal – em relação ao diálogo que temos tido com o Judiciário. Estavam aqui de manhã o promotor João Paulo, a nossa secretária Ana Paula, o prefeito Rui Muniz. Por meio de um importante diálogo, conseguimos diminuir assustadoramente – o deputado Arlen Santiago colocou isso aqui também nesta manhã – os processos judiciais da cidade de Montes Claros. Com certeza, isso se deve a um grande trabalho da gestão lá em relação à fiscalização. E a CPI, que também esteve na minha cidade, mostrou isto: é importante o poder público fiscalizar as unidades de saúde e os hospitais. Mas essa fiscalização incomodou alguns. Ai, em Montes Claros, retiraram a capacidade de a prefeitura fazer a administração da saúde plena, por meio da Justiça. E esperamos que haja uma composição, um diálogo entre a prefeitura municipal e o governo de Minas.

Estava aqui mais cedo o nosso secretário Fausto. Esperamos essa discussão. Montes Claros, por ter fiscalizado os hospitais, por ter recebido a CPI, não pode perder a capacidade de fazer essa gestão. O conselho de saúde é muito atuante. São quase 20 anos de SUS. Montes Claros tem de dar resposta, sim, em relação à fiscalização.

Tenho certeza de que a nossa prefeitura e a nossa secretária de Saúde fazem um trabalho importante. Tanto é que isso se mostra pelo fato de o usuário procurar pouco a justiça para resolver questões de saúde. É um sinal de que estamos fazendo a coisa da maneira correta. Mais uma vez pedimos que não aconteça a judicialização e sempre tenhamos o diálogo.



Quero encerrar dizendo que é preciso termos um olhar todo especial para a saúde pública. Nossa desembargadora acabou de citar o exemplo de uma colega que precisou do SUS. Nós todos somos usuários do SUS. Se sairmos daqui e sofrermos um acidente, com certeza o Samu será acionado. Às vezes o sistema particular ou o plano de saúde não é acionado porque quem vai fazer o socorro nem sabe se a pessoa possui plano de saúde. Todos utilizamos o SUS.

Na questão das vacinas, também procuramos o SUS. Todos nós somos usuários, todos nós temos responsabilidade, até quando temos de cuidar de nós primeiro para poder cuidar dos outros. Não é uma questão de egoísmo, temos de estar bem para cuidar dos outros.

Nessa perspectiva, conclamo todos os mineiros e brasileiros para, juntos, fazermos a verdadeira mudança que este Brasil precisa. O Brasil tem jeito. E o jeito quem dá é cada um de nós. Muito obrigada.

O presidente – Agradeço à deputada Raquel Muniz, que também é membro da CPI das máfias e participará também conosco amanhã deste debate. Também gostaria de agradecer a todos os palestrantes desta manhã, principalmente ao Fernando Aith e à desembargadora Vanessa Verdolim Hudson de Andrade, a quem passo a palavra para que ela faça suas considerações finais.

A Sra. Vanessa Verdolim Hudson de Andrade – Antes de fazer as considerações finais, gostaria de responder a pergunta do Sr. Jair da Silva Abreu: “Qual é a solução para a apuração da corrupção na saúde, desvio de verbas e etc?”. E fala que existe a inércia do Ministério Público. Hoje temos um Ministério Público muito atuante, com muitas ações. Eu mesma recebo ações efetivas, no Tribunal de Justiça, para tentar solucionar esse problema. Mas existe uma solução, que é a denúncia. Se o Ministério Público é inerte é porque ele não conhece. Basta denunciar, que o Ministério Público dá a solução.

Agradeço a oportunidade de ter estado aqui, foi muito salutar para mim ouvir a todos...

O Sr. Jair da Silva Abreu – Por favor, desembargadora. Posso complementar? Disse “inércia” porque candidato a deputado nesta Casa, que saiu de Contagem, estava denunciado por haver desviado R\$2.000.000,00, e se candidatou e ganhou, e o Ministério Público não tomou conhecimento. Constava essa denúncia no Ministério Público. Por que houve essa inércia?

A Sra. Vanessa Verdolim Hudson de Andrade – Mas aí não é assunto do seminário, é um caso concreto do qual não temos conhecimento. Mas qualquer coisa em relação à saúde, basta fazer a denúncia, e o Ministério Público toma ações concretas.

Mais uma vez agradeço a oportunidade de estar aqui. Achei muito salutares essas discussões. A Assembleia está de parabéns pela iniciativa. Muito obrigada.

O presidente – Nós é que agradecemos a todos os participantes, a todos da Assembleia que também estão empenhados na organização deste fórum. Houve mais de 500 inscritos para este fórum. É um número elevado para uma segunda-feira.

Agradecemos a todas as pessoas que estão participando como colaboradores, aos palestrantes, à Dra. Vanessa Verdolim. Agradeço, mais uma vez, a todos vocês, convidando-os para aqui estarem às 14 horas, quando teremos novas palestras. A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais manifesta seus agradecimentos aos expositores, às autoridades, aos telespectadores da TV Assembleia e ao público em geral e convida a todos a retornar, após o intervalo, para a continuação deste ciclo de debates, com o painel “O direito à saúde e a atuação do sistema de justiça”.

Encerramento

O presidente – Cumprido o objetivo da convocação, a presidência encerra a reunião, convocando as deputadas e os deputados para as especiais de logo mais, às 14 horas, e de hoje, às 20 horas, nos termos dos editais de convocação. Levanta-se a reunião.

ATA DA 27ª REUNIÃO ESPECIAL DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA, EM 14/9/2015

Presidência dos Deputados Doutor Wilson Batista e Antônio Jorge

Sumário: Comparecimento – Abertura – Ata – Destinação da Reunião – 1º Painel: Composição da Mesa – Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos – Palavras do Sr. João Baptista Galhardo Júnior – Palavras do Sr. Gilmar de Assis – Palavras do Sr. Bruno Barcala Reis – Palavras do Sr. Tadahiro Tsubouchi – 2º Painel: Composição da Mesa – Palavras do Sr. Álvaro Atallah – Palavras do Sr. César Vieira – Palavras da Sra. Eliete Maria Gonçalves Simabuku – Esclarecimentos sobre os Debates – Debates – Encerramento.

Comparecimento

– Comparecem os deputados:

Doutor Wilson Batista – Antônio Jorge – Arlen Santiago – João Alberto – Roberto Andrade – Rogério Correia – Wander Borges.

Abertura

O presidente (deputado Antônio Jorge) – Às 14h10min, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra o 2º-secretário para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

Ata

– O deputado Arlen Santiago, 2º-secretário *ad hoc*, procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

Destinação da Reunião

O presidente – Destina-se esta reunião à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde, que possui os seguintes objetivos: debater o cenário atual da judicialização da saúde no Brasil à luz dos direitos consagrados na Constituição Federal e do modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde – SUS; discutir o princípio da integralidade, norteador do acesso à saúde no Brasil, procurando refletir sobre a possibilidade de sua delimitação; avaliar o impacto da judicialização na gestão das políticas de saúde e nos orçamentos públicos e seus resultados para os usuários; buscar a qualificação da judicialização da saúde, fortalecendo parcerias e iniciativas para a estruturação de uma rede de apoio técnico ao sistema de Justiça que auxilie a tomada de decisão para a resolução de demandas judiciais; e debater alternativas para o aprimoramento da gestão e do financiamento da saúde, especialmente no que se refere ao acesso à informação sobre normas técnicas e protocolos e à estruturação e divulgação de procedimentos para o acesso à saúde, buscando reduzir a demanda pela judicialização da saúde no Brasil.



Vamos dar início às nossas atividades da tarde. Hoje temos dois painéis. O primeiro é “O direito à saúde e a atuação do sistema de Justiça”; e o segundo, “Apoio técnico ao sistema de Justiça”.

1º Painel

Composição da Mesa

O presidente – Convidamos a tomar assento à Mesa os Exmos. Srs. Gilmar de Assis, promotor de justiça, coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde; João Baptista Galhardo Júnior, juiz de direito e auxiliar da presidência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo; defensor público Bruno Barcala Reis, representando a defensora pública-geral do Estado, Christiane Neves Procópio Malard; Tadahiro Tsubouchi, advogado e presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB-MG; e deputado Doutor Wilson Batista, coautor do requerimento que deu origem a este ciclo de debates.

Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalho

O presidente – Esclarecemos que, após as palestras, abriremos espaço para a apresentação de perguntas aos participantes da mesa, por escrito ou oralmente, e de outras enviadas pelo formulário disponível no portal da Assembleia Legislativa. Para melhor organizarmos o debate, os participantes poderão encaminhar suas perguntas por escrito, no formulário próprio que está sendo distribuído pela equipe de apoio. Aqueles que desejarem fazer sua intervenção oralmente devem especificar isso no formulário. Informamos que os telespectadores da TV Assembleia também poderão participar. Basta acessar o portal da Assembleia – www.almg.gov.br –, abrir o *link* com o formulário de participação e enviar sua contribuição.

Palavras do Sr. João Baptista Galhardo Júnior

Boa tarde a todos. Quero agradecer o convite honroso que me foi formulado e cumprimentar todas as autoridades da Mesa, na pessoa da S. Exa., o deputado Antônio Jorge. Para mim é uma grande alegria estar aqui, na Casa do povo do Estado de Minas Gerais, rever grandes amigos e conhecer outros novos. Na verdade, longe de querer fazer uma palestra, uma fala de ensinamento, a ideia é trocar experiências e ideias nesse tão tormentoso tema “judicialização da saúde”. Quero dividir a minha fala, no começo um pouco mais teórica, mas acho que a contribuição que posso dar é trazer minha experiência prática na minha comarca e, agora, na assessoria da presidência do Tribunal de Justiça de São Paulo, em relação ao fomento da criação das chamadas câmaras técnicas ou dos núcleos de apoio técnico, e o quanto isso tem contribuído no Estado de São Paulo para ajudar na solução da questão da judicialização. Então começo com a parte brevemente teórica, sendo que muito do que vou dizer já foi até falado aqui, nos painéis da manhã. Mas a nossa grande discussão é como harmonizar a relação entre cidadãos e SUS, e consumidores e operadoras de planos de saúde, e reduzir as demandas judiciais relacionadas com a área de saúde.

O primeiro problema que surge e que foi até mencionado pelo Prof. Fernando, pela manhã, é: afinal de contas o que é saúde? Conhecemos o texto constitucional, que determina que o Estado dê a todos os cidadãos saúde, mas conceituar saúde não é algo muito fácil. Há o conceito da Organização Mundial da Saúde, que diz que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. E há um conceito tirado da doutrina: a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade de funcionamento, e não apenas a ausência de enfermidade ou de doença.

Começarei pelo conceito de saúde ou pela controvérsia do que é saúde, porque não é incomum verificarmos no Judiciário ações pedindo alimentos, suplementos vitamínicos, até mesmo protetor solar para as pessoas que têm algum tipo de alergia ou problemas de pele. Afinal de contas, até onde isso é saúde ou uma questão social? A legislação brasileira até tentou limitar um pouco isso, mas o fato é que o Judiciário tem adotado o conceito mais amplo, vamos dizer assim, de que saúde não é só ausência de doença, mas também um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Isso tem um reflexo prático na medida em que, se adotarmos esse conceito mais abrangente, podemos caminhar até mesmo para algumas distorções. Como também foi falado hoje de manhã, eu, morador de uma favela, posso buscar, numa ação judicial, que o Estado equipe a minha casa com todo o saneamento básico necessário, porque isso está efetivamente ligado à saúde; quero uma alimentação adequada, porque isso está ligado à saúde. Enfim, uma série de fatores que se desdobram a partir desse conceito. Mas esse é o conceito que a Organização Mundial da Saúde e a literatura trazem, e que me parece ser o mais adequado para se adotar quando se tem um processo na mesa para se decidir a respeito da questão de saúde.

Tenho certeza de que todos já sabem, mas quero trazer aqui os sistemas de saúde existentes no mundo hoje. Há o sistema da assistência, que é um sistema residual, que disponibiliza apenas alguns remédios e tratamentos específicos para as pessoas carentes. Esse era o caso dos Estados Unidos, onde praticamente todas as ações de serviço de saúde pertencem à iniciativa privada. Paga-se por eles, particularmente ou por planos de saúde, deixando grande parte da população descoberta. Lembrando que os Estados Unidos estão passando por uma alteração: o ObamaCare, uma discussão tão polêmica nos Estados Unidos, pretende dar saúde pública a toda a população. Mas o sistema lá é chamado de assistência, é o sistema residual.

O sistema do seguro social, em que a saúde é direito apenas para aqueles que contribuem para a previdência social, é um sistema meritocrático, em que, em regra, as pessoas pagam pelo serviço e recebem reembolso, existindo para a população carente apenas alguns serviços assistenciais, como ocorre na Alemanha, França e Suíça.

E o sistema da seguridade social é o que define que a saúde é direito social que integra a cidadania, devendo ser garantida pelo Estado a todas as pessoas em uma espécie de solidariedade social, mantida por impostos e recursos financeiros. É o sistema da Inglaterra, do Canadá, de Cuba, da Suécia e também o nosso sistema brasileiro, o sistema universal adotado pela nossa Constituição de 1988. Copiamos esse sistema do sistema da seguridade social, especialmente da Inglaterra, com a observação de que somos um país territorialmente muito maior, com diferenças regionais também maiores e com mais de duzentos milhões de habitantes. Aliás, esse é o único sistema de seguridade social do mundo que enfrenta o desafio de dar saúde pública para mais de duzentos milhões de pessoas.

Também é de conhecimento de todos, mas faço aqui apenas uma breve alusão para que a nossa fala tenha uma sequência prática: a nossa Constituição Federal define em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas



sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O art. 197 diz que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. Faço menção ao art. 197 para, mais à frente, falar da saúde suplementar.

O art. 199 diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Deixo muito claro que aqui, em nosso país, podemos ter empresas que prestam serviços de saúde ligados à iniciativa privada, chamados planos de saúde.

O art. 170 da nossa Constituição define que a livre concorrência é garantida, assegurada. O lucro também é assegurado, observado alguns limites constitucionais, como a função social da empresa, defesa do consumidor, trabalho digno, remunerado e assim por diante.

Então o nosso país tem a saúde pública e a saúde suplementar. O que verificamos, hoje, é uma grande demanda de ações envolvendo os dois sistemas, tanto a saúde pública quanto a suplementar. Temos 200 milhões de habitantes e 100 milhões de processos em andamento no Judiciário, segundo dados do CNJ. Isso significa dizer que está todo mundo brigando. Se cada processo tem um autor e um réu, são, portanto, no mínimo duas pessoas em cada processo. Somos 200 milhões de habitantes e, de acordo com o CNJ, 100 milhões de processos. Isso quer dizer que o País inteiro está dentro do Judiciário. É um sistema que não pode funcionar, porque, afinal de contas, a sociedade não pode ter perdido a sua capacidade de resolver por conta própria os seus problemas.

Também dados do CNJ indicam que mais de quatrocentos mil processos envolvem questões de saúde. São 200 milhões de habitantes, 100 milhões de processos e mais de quatrocentos mil processos envolvendo questões de saúde.

Ainda dentro dessa fala mais teórica, o juiz, o operador de direito, o advogado, o Ministério Público e a defensoria já têm algumas premissas prontas para enfrentar um processo de saúde. Na saúde suplementar, não há dúvida de que a base legal da interpretação do litígio é a aplicação do Código de Defesa do Consumidor – CDC. Apenas na omissão do CDC é que vamos aplicar o Código Civil. Por exemplo, na questão da prescrição da ação para discutir a abusividade em cláusula contratual, não há uma regra específica no CDC. Então vamos usar o Código Civil, que trata que o prazo é de 10 anos. Isso já traz uma ideia bastante clara de que o direito do consumidor deve ser visto sempre em primeira mão, antes do direito da operadora. Porque o nosso CDC – que, aliás, na minha opinião, deveria chamar-se Código de Defesa das Relações de Consumo porque nem sempre o consumidor está certo – tem como princípio a posição pró-consumidor. Quando há dúvida na interpretação de uma contratação, deve-se decidir em favor do consumidor.

Por outro lado, se estamos falando de relação de consumo, estamos falando de empresa, como eu disse, estamos falando de atividades privadas, e a Constituição permite que a saúde seja prestada pela iniciativa privada. E a iniciativa privada evidentemente vai prestar essa assistência visando a lucro, até porque, se não tiver lucro, ela não vai sobreviver. Mas essa vontade de ganhar lucro tem de, evidentemente, observar a função social do contrato, prevista tanto na Constituição como também no Código Civil, assim como a boa-fé contratual. No momento em que faz aquisição de um plano de saúde, o consumidor tem de conhecer todas as regras e não ser enganado, não deve ser omitida a ele alguma informação que evidentemente, lá na frente, vai dar um problema, vai virar um processo na Justiça e esse processo vai caminhar em favor do consumidor. O próprio Código Civil, nos arts. 421 e 422, enuncia a obrigatoriedade de se observar a função social da empresa e a boa-fé nos contratos privados.

Por fim, na área da saúde suplementar, sabemos que há uma lei específica que trata do regramento dessa prestação de serviço, que é a Lei nº 9.656, de 1998, que traz regras próprias para isso, sempre com a fiscalização da ANS. Então o juiz, o operador de direito, o promotor, o defensor, enfim, o advogado que milita nessa área e vai enfrentar um processo que envolve uma questão de saúde de um plano de saúde tem essas premissas jurídicas a observar.

Em relação à saúde pública, como já informamos, temos um sistema universal, e sabemos disso. E a jurisprudência dominante dos tribunais, do STJ, enfim, dos tribunais superiores é que há uma solidariedade dos entes públicos. Hoje de manhã vimos a desembargadora Vanessa mencionar por que a União não é demandada. Por que ela é a menos demandada? Porque ela tem mais recursos, arrecada mais impostos e, na verdade, sofre menos ações em relação à judicialização da saúde? Porque, para o cidadão, é mais fácil, mais possível, mais prático demandar contra seu município. Ali o prefeito está mais próximo, o secretário municipal de Saúde está mais próximo, as informações para demanda estão mais próximas, a capilaridade da justiça estadual no País é maior. Então, em regra, demanda-se contra o município, que é a parte mais fraca e quem tem um orçamento sempre mais limitado. No mais das vezes, contra o município e contra o Estado ou somente contra o Estado e, por fim, contra a União. Por que é assim? Porque o nosso sistema define que os entes são solidários.

Essa é uma questão pacificada da jurisprudência dos tribunais. Outra posição também pacificada é que o nosso sistema não faz distinção de classe. Há sempre uma discussão a respeito daquele sujeito que tem o plano de saúde, é tratado por esse plano até um determinado momento, dali para a frente, a doença se agrava, e o plano de saúde diz a ele que, daquele momento em diante, não mais lhe será dada a cobertura. Então esse sujeito vai bater à porta do Judiciário, buscar da saúde pública aquilo que está desejando. Não há como um juiz dizer que ele, como até o momento foi tratado pelo plano de saúde, deve brigar com seu plano de saúde. Ou dizer que ele foi tratado pelo plano de saúde porque tem condições econômicas, e o SUS é só para quem não tem condições econômicas. A jurisprudência dos tribunais é no sentido de que o SUS é universal. Não há essa distinção de classe, ainda que se possa eventualmente dizer que é muito mais justo que o tratamento público seja voltado para quem não tem condições de pagar um plano de saúde do que para todos, até porque os recursos são finitos e não dá para dar atenção a todo mundo. O fato é que, juridicamente falando, o nosso sistema é universal e atende a todos, independentemente de distinção de classe.

Uma outra informação importante, ainda no campo jurídico, é que o sistema privado não é complementar do sistema público, e vice-versa. É uma assistência suplementar, é uma atenção que não vem em complemento àquilo que o sistema público traz. Da mesma forma, o sistema público não vai complementar o sistema privado. Uma coisa é o sistema privado. Quem quer partir para esse sistema e tem condições vai fazê-lo. Outra coisa é o sistema público. Não há na legislação nada que diga que um complemento o outro.



Por fim, também com base na jurisprudência dominante, as determinações judiciais contra o sistema público não devem se limitar a protocolos ou listas. Ela é universal, é igualitária. Não há na Constituição - foi dito hoje, pela manhã, pelo Prof. Fernando que os juízes, quando decidem, usam a Constituição e às vezes deixam de olhar a legislação ordinária, os regramentos administrativos, etc. - nenhuma limitação, de sorte que, se o médico prescreve e embasa sua prescrição, ainda que se trate de um medicamento que não está em protocolo, em lista, muitos juízes, muitos tribunais, acabam concedendo a determinação para que se entregue aquele medicamento.

Fiz esse breve apanhado jurídico porque foi o exercício mental, o esforço jurídico que tive de fazer quando assumi uma vara de fazenda pública, no Estado de São Paulo, depois de ter judicado, depois de ter exercido a função de juiz, por 16 anos na área da infância e da juventude. Aqui já começo minha fala prática, que é o que posso trazer de contribuição para os colegas.

Quando mudei de área, saí dessa área de infância e juventude, que cuidava basicamente da avaliação de atos infracionais de adolescentes que praticavam crimes, fui trabalhar, por uma remoção na carreira, numa vara de fazenda pública. Logo no primeiro momento, verifiquei ali várias ações envolvendo questões de saúde. Tinha um mandado de segurança, do qual nunca me esqueço, pedindo um medicamento chamado ranibizumabe. Eu que tinha trabalhado por 16 anos com infratores, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, pensei: “Jesus, o que é isso. Nunca ouvi falar desse tal de ranibizumabe”. Era para uma senhora de quase 80 anos. O advogado pediu uma liminar e dizia que, caso não fosse concedida a liminar, aquela senhora morreria.

Comecei a ler o processo, tentar estudar o que era o tal do ranibizumabe, e, depois de 10 minutos, veio outro advogado com outro mandado de segurança, pedindo uma câmara hiperbárica de oxigenoterapia. Eu falei: quero voltar para a minha Vara da Infância, André. Meu Deus, o que é isso?”. Aí o advogado disse: “olhe, doutor, o senhor precisa dar a liminar porque o rapaz sofreu um acidente de moto. São 80 sessões, e ele precisa ficar na câmara, senão vai morrer”. Eu lhe disse: a velhinha está na frente – desculpe-me, não é para morrer, mas é porque o processo dela está na frente.

Passado mais um tempo, chega um mandado de segurança de cirurgia bariátrica. Eu disse: Jesus, o que é isso? O que está acontecendo aqui? Isso foi no começo de 2009. Eu já tinha ouvido falar da discussão no Supremo Tribunal Federal sobre aquela audiência pública referente à judicialização da saúde. Comecei a me interessar, a ler um pouco sobre aquilo e a participar de grupos de estudo. Verifiquei que o CNJ também entrou no assunto e lançou duas recomendações, de nº 31 e de nº 36, que é o apoio técnico aos juízes para que eles possam decidir, naquele momento da liminar, com base em maiores informações. Não que o advogado dos processos estivesse induzindo-me a decidir errado. O advogado estava fazendo a defesa do cliente dele, embasado numa prescrição médica, como foi dito aqui pela manhã, porque tudo começa pela prescrição médica.

Fui verificar também se já existiam essas câmaras técnicas em alguns lugares, embora soubesse que, no Estado de São Paulo, elas eram poucas, ficavam em duas ou três cidades, mas já havia algumas experiências em Minas Gerais, no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e no Paraná. Eu disse: vou montar uma câmara técnica aqui para atuar na minha vara. Busquei recomendações e resoluções do CNJ e descobri que o tal do ranibizumabe era um medicamento para degeneração macular, que não ia matar a velhinha. Descobri que 80 sessões de câmara de oxigenoterapia não servem para nada, quando se diz que no máximo são 40 ou 60. O rapaz ia virar o Michael Jackson, moraria dentro de uma câmara hiperbárica, porque o Michael Jackson morava numa câmara de oxigenoterapia.

Naquele processo da cirurgia bariátrica, que era um mandado de segurança, em que, por via de regra, o juiz tem de decidir rápido, não cabem provas e audiências, eu marquei uma audiência para aquela pessoa, vindo ela e o advogado. Eu lhe perguntei: não temos outra opção? O advogado respondeu: “Não, é obesidade mórbida, está aqui prescrita pelo médico”. No entanto, eu insisti, fiz um contato na Secretaria de Saúde e indaguei: vamos dar uma alternativa para esse sujeito? Vamos verificar o que podemos fazer, que não seja a cirurgia bariátrica?

Bom, essa câmara técnica acabou sendo criada na minha comarca e espalhada no Estado de São Paulo inteiro. Hoje temos câmaras técnicas, inclusive, nas Varas de Fazenda Pública da capital, que são 14 varas. Como elas funcionam? Vou passar nossos formulários, deixar o material à disposição dos senhores, porque meu tempo está esgotando-se.

O juiz, antes de despachar o processo, a liminar, pede para a parte preencher o formulário - talvez ali não dê para lê-lo por inteiro, mas, repito, o material fica à disposição de todos. Então ele pede para a parte preencher um formulário, ou o próprio cartório o preenche, considerando as seguintes observações: se os medicamentos foram prescritos de acordo com o receituário como manda a lei, que é prescrever o genérico, dizer qual é a necessidade, a periodicidade, etc; se os medicamentos estão registrados no Brasil; para qual doença o medicamento serve ou se o seu uso é *off label*; se os medicamentos são fornecidos por programas oficiais; se há urgência no atendimento daquilo que está sendo pedido; e se houve prévia solicitação administrativa.

Com base nessas informações, a câmara técnica responde a algumas indagações para nós, juízes do Estado de São Paulo: se o caso não é urgente, temos mais tempo para pensar se há alternativas para o tratamento, se existem genéricos com a mesma eficácia, se há outra possibilidade de atenção para casos específicos. Tivemos inúmeras ações envolvendo a briga do Avastin com o Lucentis. Falei do ranibizumabe e precisarei falar das marcas, sem denegrir imagem ou mencionar má-fé. Quem militou na área sabe dessa discussão. Conseguimos mostrar aos juízes de São Paulo que aquele, que era infinitamente mais barato, tinha o mesmo efeito do mais caro.

Com a multiplicação das câmaras técnicas, estamos conseguindo reduzir as demandas de saúde nos fóruns do estado como um todo. No último levantamento, houve redução de 80% dos medicamentos com registro na Anvisa, nas varas de fazenda pública, e de 28% dos medicamentos sem registro. O melhor de tudo é que estamos dando ao paciente o direito que ele precisa, sem necessariamente escancarar os cofres públicos.

Volto a falar da cirurgia bariátrica. O mandado de segurança que era para ser resolvido em 15 dias, foi sendo despachado assim: aguarda-se novo relatório. O paciente começou a ser atendido por psicólogo, nutricionista, assistente social, professor de educação física – todos profissionais da rede pública. Dois anos depois, marquei uma audiência, e ele já havia saído da situação de obesidade mórbida. A liminar nem havia sido apreciada, o mandado de segurança nem havia se iniciado. A nossa câmara técnica deu uma alternativa para a pessoa, e eu indaguei ao seu advogado se desistia do processo. A resposta foi sim. Então, dei o caso por encerrado. A pessoa levantou a mão e disse: “Posso falar uma última coisa?”. Respondi: “Pois não”. Então ele disse: “O senhor salvou a minha vida, porque eu ia fazer uma cirurgia muito difícil, com risco enorme de morte, e talvez não ficasse bom. Agora, com essa alternativa,



consegui uma qualidade de vida melhor”. Não vejo alternativa. Minas já adota esse sistema, que funciona bem. Precisamos multiplicar isso, ou seja, o Judiciário deve se abrir para as câmaras técnicas, para as notas técnicas, para os núcleos de atendimento técnico ou qualquer outro nome, e multiplicar a ideia no País como um todo. Essa é a minha contribuição. Muito obrigado.

O presidente – Agradecemos ao Dr. João Baptista Galhardo a bela exposição. Temos a certeza de que a sua contribuição será provocada ao longo do debate. Ouviremos agora o Dr. Gilmar de Assis, que falará sobre o papel do Ministério Público nas demandas individuais e coletivas.

Palavras do Sr. Gilmar de Assis

Boa tarde a todos. Cumprimento a Assembleia Legislativa; os organizadores deste importante evento; o deputado Antônio Jorge, que preside esta seleta Mesa; o deputado Doutor Wilson Batista, 3º-secretário da Assembleia Legislativa; o deputado Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde; os meus colegas promotores de justiça – visualizo alguns aqui na plateia; a Federassantas; o desembargador Renato Dresch, do Tribunal de Justiça; os gestores; os prestadores de serviço.

É muito importante esse ciclo de debate. Queremos, de antemão, parabenizar a Casa por este evento. No processo democrático, é um tema que é imputado como um fenômeno. Penso eu que essa pluralidade de reflexões, de ideias, própria de Minas Gerais, dos nossos atores mineiros, é que realmente vai nos permitir lançar luzes, soluções para que possamos ter, cada vez mais, um sistema de justiça e de saúde mais equilibrado e um diálogo permanente de fontes.

Foi-nos pedido para refletir com os senhores sobre o papel do Ministério Público nas demandas judiciais individuais e coletivas. Então, embora já tenha sido dito pela manhã, sobretudo pela desembargadora Vanessa Verdolim e por nosso jurista Fernando Aith, é importante sempre não perdermos de vista que a saúde, na proposta constitucional de 1988, rompeu com todo um paradigma, deixou de ser benesse, de ser misericórdia, de ser favor, para se tornar um direito, mas não um simples direito, um direito numa lei infraconstitucional, mas, sim, na própria Constituição Cidadã de 1988. Mais ainda, foi literalmente colocado na Constituição como o único direito social de relevância pública. É evidente que, numa interpretação mais sistemática, outros também o são, mas, expressa ou literalmente, foi a saúde colocada dessa forma. No modelo infraconstitucional, que é a nossa Lei Federal nº 8.880, o legislador pôs a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Há uma máxima no direito, trazida sobretudo por Rui Barbosa, que diz que as palavras colocadas, sobretudo numa Carta Magna como a Constituição, não são inúteis. Todas trazem uma ressonância processual, cultural, social, política, econômica, jurídica muito importante, da qual não podemos nos afastar. O Ministério Público, em breves palavras, muitos às vezes ainda não o sabem, é uma instituição constitucionalizada. Essa Constituição de 1988 também rompeu um paradigma, colocou o Ministério Público como uma instituição responsável pela defesa desse regime democrático, dessa ordem jurídica e desses interesses sociais individuais indisponíveis. A saúde é, como foi dito pelo Fernando Aith pela manhã, nas suas duas dimensões, um direito social coletivo e também individual. Ambos, reconhecidamente pelo Supremo Tribunal Federal, com a possibilidade da sua sindicabilidade judicial, ou seja, podem ser manejadas judicialmente tanto a tutela de um direito individual quanto a de um coletivo.

Com relação a esse Ministério Público, foi a única vez na Constituição que, diferentemente das demais áreas do direito social, do direito fundamental, esse mesmo legislador constitucional usou um verbo diferente para a tutela da saúde. Empregou o verbo zelar, que significa mais do que promover, significa ter corresponsabilização pela eficácia e os resultados desses mesmos direitos de relevância pública.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, isso está mais do que consolidado, aponta que o Ministério Público goza de legitimidade processual para, inclusive, demandar a tutela individual da saúde, por exemplo, por medicamentos indispensável à saúde da pessoa individualizada, independentemente de ela situar-se numa categoria especial de idoso, de criança ou de adolescente. Essa é a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.

Isso não significa, diante do fenômeno da judicialização, dos seus impactos, da necessidade de convergência de um diálogo permanente entre o sistema de justiça e o de saúde, já que ambos integram o conceito de dever do Estado na promoção e prevenção das ações e serviços da saúde...

Leio o dever do Estado, tão bem o Ministério Público, tão bem a Defensoria Pública, tão bem a OAB, tão bem a sociedade, tão bem as instituições, tão bem as empresas, tão bem o Legislativo, o Executivo e o Judiciário. É um dever da sociedade, porque é um direito que nos é muito caro.

Permito-me um parêntese e gostaria de começar a refletir nossa palestra nesse ponto: não há a menor possibilidade de se mitigar ou de se reduzir um princípio informador do Estado Democrático de Direito que é o acesso à justiça. Não há Estado Democrático de Direito sem o princípio da democracia e sem o princípio do acesso à justiça para exercitar, diante de uma ameaça ou de uma lesão ao seu direito fundamental. Teríamos de ter uma ruptura, uma nova ordem constitucional, já que o art. 63 coloca os direitos fundamentais e o art. 5º da Constituição como cláusula pétrea. Não pode nem haver propostas que tendam a abolir quaisquer desses direitos e garantias do art. 5º.

Não há dúvida, e reconhecemos isso, que o perfil da demanda individual, não só em Minas, mas em todo o Brasil, no que diz respeito ao direito à saúde tem predominado. Isso leva evidentemente a uma morosidade e a uma inefetividade sistêmica, a concursos mais caros e, na maioria das vezes, a uma iniquidade no acesso, já que a saúde é um direito universal. Ou seja, não é todo e qualquer cidadão que se vale do seu direito individual por questões multifatoriais. Aí perpassa a questão geográfica, a questão social, a própria questão econômica, a questão distância, territorialidade etc. Embora o STF – é mais do que pacificado – nos legitime poder judicializar tão bem na tutela individual, isso é coisa nova, deputado Antônio Jorge. São propostas de enunciados, ouvidos os colegas da nossa classe, que estamos a apresentar ao Conselho Superior do Ministério Público. Essas propostas foram aprovadas por nós, da área da saúde, e pela nossa corregedoria. Talvez, em outubro, o conselho superior venha a validar ou não essas propostas de enunciado. Queremos priorizar a nossa atuação na tutela coletiva de saúde pública, conforme nosso plano nacional de atuação. Nas hipóteses em que os interessados individuais aportarem à promotoria, evidentemente o promotor, em razão de seu dever constitucional de zelar pelas ações e serviços de saúde como direito, não pode virar as costas às demandas. Ele vai receber o cidadão, vai fazer a



atermação, mas, no exercício de sua independência funcional, compromissado com a eficácia material do resultado, ele poderá endereçar, conforme a comarca, conforme a estruturação orgânica de outros organismos, como a Defensoria Pública e como a própria organização judiciária do juizado especial, as demandas a essas duas importantes instituições. Porém, não vai, desde logo, fazer o arquivamento do procedimento, já que ele é corresponsável por esse sistema. Ele vai acompanhar efetivamente o resultado material dessa tutela individual junto à defensoria, à ouvidoria, ao juizado especial, para somente depois fazer a promoção de seu arquivamento. Com isso, pensamos e entendemos que o promotor e o Ministério Público terão maior tempo para se dedicar à estruturação e à atuação da tutela coletiva de saúde.

Agora entro propriamente numa reflexão, em razão dos números que vamos mostrar, absolutamente apartidária. Ela vai perpassar, evidentemente, em razão da cronologia do tempo, diferentes esferas de governo, de legendas partidárias.

Mas, a nosso ver, o fomento à judicialização, a partir de reconhecermos que a cidadania é fundamento republicano que deve ser maximizado por todos nós para que o cidadão possa acessar seu direito, exercer sua cidadania ativa, evidentemente é bom para que ele venha se descobrindo como sujeito de direito. E, como sujeito de direito, ele vem, nessa configuração, pressionando também pelo acesso à justiça. E aí penso eu: quando esse planejamento de saúde não está imbricado com as necessidades coletivas de saúde, que refletem as necessidades da cidadania, não tendo uma responsabilidade sanitária – o Brasil não tem ainda uma lei de responsabilidade sanitária –, em que pese a complexidade sanitária, aos vultosos recursos públicos que circulam nas diferentes esferas de governo, inclusive em níveis de prestadores de serviços públicos de saúde, não temos essa responsabilidade sanitária.

Para nossa alegria, deputado Wilson, tramita nesta Casa um projeto de lei com esse escopo, evidentemente fazendo a filtragem ou sua redução ao aspecto estadual, para que tenhamos essa responsabilidade sanitária, pelo menos em Minas Gerais.

A regulação, o monitoramento e o controle, enquanto processos não fortalecidos, evidentemente fragilizam a fiscalização, fragilizam o econômico efetivo dos gastos públicos, o que leva também, em razão de iniquidade, à judicialização.

Vou me permitir refletir um pouco mais sobre os outros dois itens: subfinanciamento da saúde e inexecução orçamentária. Começo falando sobre o subfinanciamento da saúde como um desafio, como uma proposta de todos as senhoras e senhores aqui organizados pela Assembleia Legislativa, para que possamos estar de atalhas, possamos estar em vigilância. Aliás, a Desvinculação da Receita da União – DRU –, criada em 1994, de 1995 até o ano passado já retirou da seguridade social, que é o tripé saúde-assistência-previdência, R\$704.000.000.000,00, para pagamentos de juros e dívidas.

Então, em 2010, dos 20%, 45,9 e por aí vai. E a proposta para 2016... Aí é que eu entro e faço uma reflexão coletiva para que possamos, enquanto moção, mostrar-nos ou nos posicionar contrários à PEC nº 87/2015, que, além de aumentar de 20% para 30% o que vai sair da seguridade social, o faz para oito anos e não mais quatro, retirando para o ano que vem R\$121.400.000.000,00 da seguridade social.

Neste *slide* mostro também os leitos hospitalares por mil habitantes, mostrando como é a situação do Brasil, ou seja, a insuficiência desses leitos hospitalares, desse equipamento, dessa importante política que também leva à judicialização. Estamos vendo o ranqueamento do Brasil em face de outros países.

Este *slide* mostra por estados. Agora estou dentro do Brasil. Você percebem que Minas Gerais... É um grande desafio, deputado Antônio Jorge, mudarmos esse cenário. Observem que Minas Gerais está perdendo para o Espírito Santo, Ceará, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Pernambuco, Paraíba, Santa Catarina, Piauí, Paraná, Rondônia, Goiás, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, quando comparamos os números de leitos hospitalares por mil habitantes. Então, para cada mil habitantes temos insuficiência de leitos hospitalares até mesmo para esses estados. Parece-me, não tenho a estatística certa, precisaríamos, de acordo com os parâmetros da Lei nº 1.101, de 60 mil leitos em Minas Gerais, e temos cerca de vinte e sete mil leitos.

Aqui, o gasto público também me chama a atenção. Gostaria que as senhoras e os senhores percebessem que, em Minas Gerais, aquele azulzinho é o gasto federal. Então, quando analisamos Minas Gerais, vemos que Sergipe, Paraná, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Tocantins tiveram melhor alocação de recursos federais, em detrimento de outros importantes estados da Região Sudeste, como Minas Gerais e São Paulo.

Aqui também mostro para vocês outro dado que leva à judicialização da saúde. Quando se analisa o orçamento fiscal da seguridade social em conjunto com os restos a pagar não processados, percebe-se que, de 2008 a 2012, foram R\$26.000.000.000,00 inscritos em restos a pagar não processados.

Aqui é a execução orçamentária de 2012 e 2013, que também reflete o que foi autorizado, o que foi empenhado e o que foi efetivamente liquidado, deixando, por exemplo, em 2012, um descumprimento de quase dez por cento em restos a pagar. Da mesma forma, os valores inscritos em restos a pagar e a aplicação do mínimo em saúde.

É muito importante refletir coletivamente sobre esse gráfico, que mostra, na função saúde, o não executado de 2008 a 2012 – estou falando de União. Entre o autorizado, o empenhado e o aplicado, de 2008 a 2012, há uma diferença atualizada pelo IPCA de R\$20.000.000.000,00, não efetivamente dispensados ou aplicados nas ações de serviço público de saúde. O que é bem considerável.

Aqui é por subfunção, o que me chama a atenção, se não estiver errado, pois obtive do Tribunal de Contas da União e dos relatórios de monitoramento institucional que cada ente federado é obrigado, pela Lei de Responsabilidade Fiscal, a seguir essa disposição. Percebemos, até 23/11/2013, cerca de oito bilhões e meio de reais, utilizados pela União para o financiamento da assistência farmacêutica nas diferentes subfunções programáticas – do componente especializado, de farmácias populares, da atenção básica, de medicamentos para os portadores de HIV, doenças hematológicas, etc. – e outros que refletem as outras subfunções programáticas.

Se pegarmos esses R\$8.000.000.000,00 e dividirmos por mais ou menos duzentos e doze milhões de brasileiros, conforme dados do IBGE de 2012, isso dará mais ou menos cinquenta reais por ano para cada usuário brasileiro.

Outro subfinanciamento que não podemos deixar de registrar é a Emenda Constitucional nº 86, de maio deste ano, que, além de retirar os 25% como adicionais dos *royalties* do petróleo, que seriam para a saúde, escalonou a aplicação de 15% dos recursos pela União na área da saúde até 2020, sem revisão quinquenal, mantendo para os estados, Distrito Federal e municípios – inclusive, como



entidade nacional, estamos fazendo os apontamentos necessários para, se for o caso, questionar judicialmente. E esse percentual de receita corrente líquida de 15% se torna menor do que a regra anterior do ano passado, que era a Lei Complementar nº 141, de 2012, que nos assegurava pela variação nominal do PIB em cima do exercício ou daquilo que foi empenhado no exercício anterior.

Esse é outro dado que gostaria de trazer. Em 22/5/2015, pelo Decreto nº 8.456, a presidente da República contingenciou cerca de R\$70.000.000.000,00 do orçamento geral da União. Desses R\$70.000.000.000,00, ela retirou R\$11.700.000.000,00 do orçamento do Ministério da Saúde. É óbvio que isso nos fará muita falta.

Esse é o comparativo dos orçamentos da saúde de 2015 e 2016. Vejam que interessante, até pelo cenário, pelo componente que integra a receita corrente líquida, de contribuições, impostos, IPI, ICMS etc.

Em razão do cenário econômico, isso vai nos trazer uma grande preocupação. O orçamento deste ano foi enviado para o Congresso com cerca de R\$40.000.000.000,00 a menos. Podemos perceber que, para o ano que vem, o nosso orçamento – que em 2014 era de R\$106.000.000.000,00 e, em 2015, de R\$109.200.000.000,00 – é de R\$100.200.000.000,00. Isso já nos dá uma diferença de R\$9.000.000.000,00 a menos do ano que vem para este ano.

Para falar das implicações disso, listei aqui apenas duas rubricas, que são as mais importantes: o Teto MAC, que mede a alta complexidade, e a atenção básica. O Teto MAC, que foi de R\$39.000.000.000,00, em 2014, e de R\$43.000.000.000,00, em 2015, será de R\$37.000.000.000,00 no ano que vem, ou seja, sofrerá uma grande redução. O mesmo se verifica com o investimento em atenção básica, que, no ano que vem, será de R\$16.000.000.000,00, quando foi de R\$18.000.000.000,00, neste ano, e de R\$21.000.000.000,00, em 2014. Teremos também uma redução de 30% para a construção e ampliação de UPAs e de 29% para a construção de postos de saúde.

Como tive um problema no meu PowerPoint, vou encerrar aqui, ressaltando que, a nosso ver, podem ser muitas as causas que levam à judicialização, até mesmo o fato de o sistema de Justiça somente agora estar se aproximando do sistema de saúde, para se apoderar melhor das informações técnicas, em razão da sua complexidade, na perspectiva da medicina baseada em evidências, como vai falar daqui a pouco o instituto Cochrane. Outra das causas que leva à judicialização – e vejam que aqui coloco a judicialização como consequência, não como causa – é, a meu ver, um sistema absolutamente subfinanciado. Não quero nem fazer comparativos entre países do PIB *per capita* aplicado; basta vermos os indicadores que trouxemos aqui em termos de redução e contingenciamento para termos a clareza de que teremos de encontrar alternativas, porque o cenário para 2016 vai ser muito difícil. Uma das propostas que estão ao final da minha apresentação – com a qual, infelizmente, tive um pequeno problema – é que apoiemos a PEC nº 01, de 2015, que tenta resgatar o Saúde Mais Dez, iniciado brilhantemente nesta Casa, nesta Assembleia Legislativa, com uma grande mobilização social, pelo qual, ainda que trabalhando com receita corrente líquida, queremos que a União chegue em 2020 com 18,5% da receita corrente líquida, e não com 15%. Isso mais ou menos empata com o que nos foi tirado e é resultado de uma grande iniciativa popular, que foi o Saúde Mais Dez.

Essas são as reflexões que queria fazer. Vou deixar a minha apresentação à disposição de vocês, ressaltando que, ao final, faço 10 propostas que dirijo aos coordenadores deste evento. Algumas delas passam por repúdio ou reprovação de algumas propostas de emenda à Constituição; aprovação de outras, em forma de moção; e algumas reestruturações internas, que, a meu ver, o Estado precisa fazer, como o fortalecimento do incentivo financeiro do componente da atenção básica, com mais regulamentação do Estado – se priorizarmos a promoção e a prevenção da saúde por toda a literatura SUS, certamente também vamos conseguir diminuir o cenário da judicialização. Muito obrigado.

O presidente – Obrigado, Dr. Gilmar, brilhante como sempre. Para os que não são do território mineiro, o Dr. Gilmar, hoje autoridade nacional no assunto, contribuiu por muitos anos conosco. Dando o meu testemunho como gestor, ele deu início com muito vigor à mediação sanitária em Minas Gerais, com aquelas ações de ordem coletiva, ouvindo demandas das regiões, e acho que devemos a ele a robustez dessa iniciativa. O Dr. Gilmar tem sido presença constante e contributiva para que a melhor via não seja a da judicialização, mas a da mediação. Portanto, quero agradecer muito as contribuições do Dr. Gilmar e fazer coro às suas palavras.

Pela manhã, muito brevemente eu me manifestei sobre a complexidade do fenômeno da judicialização, mas seguramente, botando bem os pés no chão, temos de enfrentar todas as agendas. Tivemos aqui uma contribuição importante de São Paulo, e que precisamos aprofundar em Minas, referente às juntas de conciliação, administrativas, técnicas ou o que for. Temos, acima de tudo, de politizar o debate para enfrentar a questão do subfinanciamento.

Pela manhã, o Dr. Fernando Aith me dizia que tem algumas informações de que 70% do que é judicializado nas pesquisas, que não são muitas, são procedimentos correntes do SUS, não é incorporação tecnológica nem doença rara, mas falta de acesso, de financiamento. Na verdade, alguma coisa de gestão, mas, acima de tudo, acesso, quantidade. Vejam a iniquidade dentro do próprio País. Somos o 14º, 15º *per capita* que fez transferência federal. Não defendo que as transferências se deem por *per capita*, mas é um farol muito relevante, mostrando como os vieses partidários e as iniquidades de acesso político também influenciam na questão da composição do teto. Essa situação se cristalizou muito nos últimos anos a despeito de sermos um parque de muito oferta. Não é por falta de capacidade instalada. Realmente é uma questão política a distribuição de recursos.

Vamos ouvir agora a palavra do defensor público Bruno Barcala, que discorrerá sobre o tema “A atuação dos defensores jurídicos junto aos usuários do sistema de saúde”.

Palavras do Sr. Bruno Barcala Reis

Boa tarde a todos e a todas. Agradeço a esta Casa o convite para que a defensoria também exponha sua experiência quanto a essa importante questão da judicialização da saúde. Cumprimento os membros da Mesa, na pessoa do deputado Antônio Jorge, e desejo a todos uma tarde bastante proveitosa.

Primeiramente, considero bastante relevante ressaltar que a posição da Defensoria Pública é muito em relação ao que foi trazido pelos Drs. Gilmar e João Baptista. No que toca às possíveis soluções, que se evite uma judicialização desnecessária, indevida e irresponsável, como possa querer qualificar essas postulações indevidas. Todas as soluções que pudermos trazer, sempre no intuito de buscar utilizar as atenções do sistema de saúde já disponíveis, evitar um acréscimo de custo para todos os envolvidos e buscar



celeridade na atenção, serão sempre observadas pela Defensoria Pública. Esse é o nosso intuito primordial. Evidentemente, na atenção à saúde dos nossos assistidos, é missão da Defensoria Pública buscar essa solução nos moldes previstos pela própria Constituição Federal, como órgão responsável para tal. Não nos afastaremos de nossas obrigações, mas, sempre que for possível casar uma solução administrativa com a atenção indicada ao cidadão, será um prazer para nós. Esse é sempre o nosso intuito maior.

Até mesmo nesse sentido, desde 2011 a Defensoria Pública de Minas tem um termo de cooperação, um projeto-piloto, e nossa intenção é a extensão disso para todo o Estado. Trata-se de um termo de cooperação que permite essas soluções, uma qualificação da nossa postulação, firmado entre a defensoria, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde – aliás, na oportunidade, o deputado Antônio Jorge era o secretário de Saúde do Estado. Todos temos o entendimento de que tem sido muito proveitoso, interessante e salutar esse trabalho que, mais uma vez, venho expor. Até peço desculpas aos que já ouviram essa minha exposição, mas, como se trata diretamente do tema proposto, penso que é a melhor coisa que tenho para falar a todos os interessados.

Aqui temos essa defensoria especializada em saúde pública, cuja missão é atender ao cidadão que procura a Defensoria Pública com alguma demanda em face do SUS.

Por meio desse trabalho, desse anos de exercício dessa função, temos criado essa concepção – e já a discuti com outros operadores do direito – que chega a aparentar, a trazer a posição do operador de direito, como se ele fosse membro participante do SUS. Por que isso? Porque o próprio sistema hoje estruturado já faz com que nós, operadores do direito ligados a essa atividade, sejamos, entre aspas, “membros” do sistema de saúde.

Muitas vezes, o próprio sistema de saúde, os gestores, os médicos, os fisioterapeutas e os dentistas buscam e indicam a Defensoria Pública. Esta é a fala dos operadores, dos gestores: “Neste momento, a padronização, o protocolo de atendimento encerra-se. Você, paciente, tem que procurar o Judiciário, a Defensoria Pública”. Chegamos a receber, por vezes, na Defensoria Pública, um cidadão com indicativos impressos do Hospital das Clínicas ou de hospitais públicos ou de onde quer que seja dizendo para eles procuraram a Defensoria Pública, endereço tal e horário de atendimento tal. São informações sobre as quais nem nós mesmos tínhamos total convicção, mas destinavam essa solução. Então, nós nos enxergamos nessa posição. Deveria ser assim? Não, não deveria ser assim. O sistema deveria fluir por si próprio.

A organização, segundo a ordem constitucional, a Lei nº 8.080 deveria permitir as soluções de forma que não fosse necessária a judicialização, talvez não nesse aspecto como ela tem sido trabalhada, mas em casos pontuais. Isso seria o razoável. Essa realidade existe por conta da forma como o sistema está organizado. Muitas vezes somos questionados.

Na semana passada, diversos órgãos da imprensa nos procuraram para saber o porquê do aumento da judicialização, como se fôssemos os responsáveis por tal. Em certo aspecto, somos, sim, os responsáveis. No entanto, as respostas que eu sempre dou para essa questão são as seguintes: o primeiro grande motivo do aumento da judicialização é o acesso à cidadania. Hoje, os cidadãos em geral têm muito mais condições de buscar a Defensoria Pública. Um advogado tem muito mais acesso à informação, à orientação, à atenção de saúde básica, que permite chegar a outras atenções de saúde mais complexas e talvez não fornecidas na localidade de cada cidadão; e também à importante repercussão da atuação do Judiciário, da Defensoria Pública e do Ministério Público. Então, esse somatório das atividades se reflete no aumento da judicialização.

Antigamente o cidadão estava alijado dessa oportunidade, e isso não ocorria não porque não existia necessidade. Havia, sim, a necessidade, com certeza. No entanto, a coisa não caminhava, aquilo estava oculto. A judicialização de hoje, esse incremento que existe ocorre principalmente por essa necessidade, e por quê? Porque o sistema de saúde ainda não contempla tudo o que é necessário.

É lógico que há uma evolução significativa e fantástica do Sistema Único de Saúde. Somos testemunhas de que os serviços prestados são essenciais e, muitas vezes, de altíssima qualidade, mas existem os gargalos. Desses pontos e dessas situações repercute um acréscimo no incremento da judicialização, principalmente quando ela é feita de forma responsável, que é o que buscamos sempre exercer, dar publicidade e demonstrar. Daí esta exposição.

O que chamamos de judicialização responsável? É aquela feita quando necessariamente deve ser feita, ou seja, quando não houver outra solução disponível no sistema de saúde, quando não houver como direcionar o atendimento daquele cidadão a uma porta adequada do sistema de saúde. Isso se dá principalmente por meio da informação qualificada, o que o nosso termo de cooperação vem permitindo. Daí vem a nossa intenção da expansão desse termo para todo o Estado. Vou explicar mais à frente como funciona o termo, mas isso nos permite ajuizar a ação que deve ser ajuizada e encaminhar o cidadão para a porta de entrada do SUS que existir, quando ela já estiver estruturada.

Então aqui chegamos ao nosso serviço, que decorre desse termo de cooperação técnica, que é o atendimento que a Defensoria Pública presta às demandas médicas diversas e a seus assistidos, em prol do fornecimento de medicamentos, procedimentos, exames e outros insumos médicos de saúde, em face do Sistema Único de Saúde, priorizando a solução administrativa. Por meio da assinatura do termo de cooperação técnica da defensoria e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, bem como da instalação da defensoria especializada, busca-se solucionar a demanda apresentada sem uma solução judicializada imediata, indicando-se e ofertando-se ao cidadão que procura a Defensoria Pública os insumos, tratamentos e atendimentos já padronizados, evidentemente com o referendo do profissional da saúde que o acompanha. Nessa oportunidade que nos chega por meio do termo de cooperação, essa informação passou a existir. Antes disso não existia, ou seja, as soluções eram praticamente 100% judicializadas, os casos eram judicializados.

Além dos três defensores na capital, há estagiários que atuam conosco, dois servidores e os farmacêuticos. Esses farmacêuticos são cedidos, por meio desse termo de cooperação, pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e estão conosco na defensoria no momento do atendimento ao cidadão. São esses os profissionais qualificados – aqui há alguns presentes – que tecerão essas informações naquele momento exato, sem demora, sem delongas, sem que o cidadão tenha que voltar ao serviço público e esperar meses por uma informação. Nessa oportunidade, tudo no atendimento que já é padronizado, seja pelo município, seja pelo Estado, é relacionado e documentado. Também há negativa de atendimento se for o caso. Isso traz celeridade, traz eficiência, traz economia. O atendimento em Belo Horizonte é feito nesse projeto, que chamamos de piloto, que é dirigido aos cidadãos daqui, e, frente a premente necessidade, onde não houver Defensoria Pública também.



Então o objetivo da nossa defensoria especializada é buscar diminuir o número de demandas judiciais e, conseqüentemente, o prolongamento das dificuldades e do sofrimento dos enfermos, cidadãos que precisam recorrer à Defensoria Pública e, por conseguinte, à Justiça, para receber medicamentos, internações, procedimentos, todas essas questões que envolvem as dificuldades do Sistema Único de Saúde.

Esse é o fluxograma do atendimento. O cidadão chega à defensoria, é cadastrado no nosso sistema eletrônico e, após uma breve entrevista com o defensor, é encaminhado ao farmacêutico, que analisa o receituário, a demanda trazida por aquele cidadão. Daí são três caminhos que podemos seguir. Se o medicamento consta na Rename, o paciente é direcionado ao seu médico, para análise do insumo substituto ofertado. Se o medicamento não consta na Rename, outros que, em tese, poderiam atendê-lo, poderiam ser adequados ao caso são relacionados num relatório que tem um formato de questionário, que é preparado pela defensoria individualmente. Ou seja, para cada caso tem que ser feito um relatório, a depender dos insumos que, em tese, poderiam ser úteis àquele cidadão, poderiam ser eficientes naquele caso concreto. Com esse relatório em mãos, o cidadão retorna ao profissional da saúde que fez a prescrição inicial, e este avalia a possibilidade dessa substituição. Em caso negativo, o profissional tem que justificar o porquê dessa não substituição: porque já foi tentado o medicamento anteriormente e não houve eficácia; porque, naquele caso concreto, além daquela doença que motiva o uso desse insumo, o paciente tem outra doença que contraindica o uso dos medicamentos já padronizados – o que quer que seja, informações relevantes e prestadas numa linguagem de fácil acesso, uma linguagem compreensível aos operadores de direito, e não apenas dos técnicos na área específica.

Nessa hipótese de negativa, o cidadão retorna à defensoria com seu relatório preenchido. Na hipótese de os médicos concordarem, prescreverá o insumo padronizado, e o cidadão procurará seja a Farmácia de Minas, para o fornecimento dos chamados de alto custo, seja o seu centro de saúde, para receber aqueles disponíveis no município.

Outra possibilidade: necessidade de internação, consulta médica ou atividade correlata. Os farmacêuticos e os defensores buscam a conclusão, a solução administrativa. Então é outra forma de solução não judicializada que decorre desse nosso trabalho. O termo nos permitiu ter contato com os gestores de saúde, aliás ele prevê essa interação. Então o que a gente faz? Busca um contato por telefone ou por *e-mail* com os locais adequados. Se for necessidade de um leito, um procedimento urgente ou eletivo, a gente faz contato por telefone com a central de internação de Belo Horizonte ou com o SUSfácil; se for uma questão que demande consulta especializada, encaminhamos *e-mail* à central de regulação responsável, para buscar a solução, quem sabe – por que não? – abrir uma vaga. Algum paciente que estava marcado e não vai mais comparecer, então abrir uma vaga aqui, encaixar ali etc. Cada caso é solucionado de uma forma. A intenção é buscar solução célere, sem aumento de custo e sem judicialização à primeira vista. Quando for possível para o gestor e para a defensoria adequar a situação, vamos buscar. Às vezes o paciente pode esperar um pouco mais, outras ele não pode esperar o prazo que o poder público necessita para encontrar uma vaga. Mas, às vezes, é possível. Então, se for possível, aguarda 15 dias, perfeito, ótimo, está resolvido. Se não tiver jeito, não tem jeito, mas, se tiver, ótimo.

Terceira situação: se o medicamento ou pleito não são prestados pelo SUS. Aí o farmacêutico já emite, no momento do atendimento, no espaço cedido pela defensoria, a negativa administrativa. Daí ganha-se celeridade também na busca dessa solução. Não é possível uma solução administrativa, mas, de qualquer forma, isso é muito relevante para o cidadão, porque a resposta negativa administrativa é prestada naquele exato momento. Aí vamos tomar as providências, emissão do relatório etc., para uma possível propositura de ação. Assim a fazemos de forma qualificada, bem-estruturada, organizada e também efetivamente, porque ela é, no nosso entendimento, necessária, e o índice de procedência é também mais significativo. É assim que funciona o nosso termo. A nossa busca de soluções é razoável, interessante para todos os envolvidos, para minorar esse ônus, evidentemente garantindo o exercício à cidadania, o acesso ao Judiciário, ao cidadão, resguardando seus direitos constitucionais e as prerrogativas da Defensoria Pública.

Benefícios alcançados. Soluções administrativas diretas, que são essas que assim chamo por decorrerem desse esclarecimento da situação. É o simples direcionamento do cidadão ao atendimento correto, à porta de entrada, seja à comissão de oncologia ou a outro lugar. Onde quer que seja, o cidadão tem de ser direcionado. Muitas vezes o problema é esse. A falta de informação não é da existência ou não de insumos padronizados, mas o local correto ao qual o cidadão tem de se direcionar para dar entrada no sistema. Isso é uma coisa que parece absurda para quem conhece o sistema, a maneira como ele está organizado, mas é a coisa mais comum para o cidadão.

Formação de rede de contatos com os gestores de saúde que permita soluções administrativas indiretas. São essas que eu disse: ao surgiu uma nova vaga, verificar se teria como atender certa demanda, um exame necessário, que vá resolver, vá dar uma ação, fazer um exame a mais ou o que quer que seja.

Sobre o funcionamento do sistema de saúde. A qualificação na formulação de instrução das iniciais com o uso de informações prestadas pelos farmacêuticos no que toca aos insumos padronizados.

Aqui é o nosso local de atendimento, que sempre é feito de segunda-feira a quinta-feira, pela manhã, e o de urgência, todos os dias.

Algumas informações relevantes: 20%, hoje em dia, das nossas demandas, vamos dizer assim, são solucionadas através desse termo de cooperação. E 20% é o ideal? Não. O ideal seria 100%. Antes era 100% judicializado, mas isso é 1/5 de solução administrativa, um 1/5 de economia, certo? Isso é muito significativo.

Outro ponto que a nossa experiência tem trazido, pois muito se fala em judicialização de medicamentos e alto custo, é: calculamos que 60% da nossa demanda de judicialização aqui, na capital, seria extinta se o Lucentis – coloquei o Lucentis, pois é o que tem registro na Anvisa para degeneração macular –, mas, se for Avastin, seria evidentemente muito mais relevante pelo custo, se o Cinacalcet e o micofenolato de mofetila estivessem padronizados para diversos fins. Se a Conitec vai admitir ou não, com o devido respeito, não sei dizer evidentemente, mas a viabilidade, a possibilidade dessa padronização seria muitíssimo relevante para diminuir a judicialização, daí os custos com multas, honorários, que não é a nossa prática de executar. Mas, como sabemos – depois o Dr. Tadahiro também vai fazer referência –, por vezes os advogados têm esse intuito natural de sua função. Daí outros custos repercutem com atrasos, muito mais relevantes que o insumo em si.

Esse é o nosso local de atendimento e como ele é feito, com estagiários etc.



Só mesmo para finalizar, o que consideramos como critério essencial na postura do Judiciário em conhecer essas demandas. A concessão da tutela antecipada é considerada o critério da remissibilidade, da concessão do menor prejuízo. Quando a peça está bem instruída, evidentemente, com negativas administrativas, com relatório qualificado, no nosso entendimento, deve prevalecer a concessão da tutela antecipada, sim, porque é ela que vai gerar o menor prejuízo. Muitas vezes aquele cidadão não aguenta esperar uma solução final daquele processo, daí essa necessidade de uma decisão imediata. Já o poder público, por vezes, normalmente tem como suportar esse ônus com o menor prejuízo. Isso normalmente é usado.

Para finalizar, a gente muitas vezes traz informações, posições que a princípio não são tão bem compreendidas e podem surpreender de certa forma. Gosto muito dessa frase, que já me fez pensar muito sobre isso e costuma obter uma aceitação maior, quando, à primeira vista, as coisas não são bem recebidas: “O homem sensato adapta-se ao mundo. O homem insensato insiste em tentar adaptar o mundo a si”. Ela é concluída assim: “Sendo assim, todo progresso da humanidade decorre dos homens insensatos”. Que tiveram essas ideias, a princípio, não aceitas, mas que quiseram mudar o mundo um pouco, e as coisas evoluíram. Obrigado pela atenção e bom trabalho a todos.

O presidente – Muito obrigado, Dr. Bruno. Queria exaltar também o brilhantismo da apresentação e dar o testemunho do tempo de parceria, da mudança qualitativa e quantitativa que tivemos, do benefício social e econômico, do ponto de vista das ações que passaram para a via administrativa, tudo com muito apoio, pouco investimento. Acho que é fundamental, nessa agenda da judicialização, no território do que é possível, fortalecer cada vez mais essas parcerias com o MP, a Defensoria Pública e, obviamente, com o Judiciário. Muito obrigado, Dr. Bruno.

Vamos ouvir agora a palavra do advogado Dr. Tadahiro, que vai nos falar da atuação da OAB nessa agenda da judicialização.

Palavras do Sr. Tadahiro Tsubouchi

Exmo. Srs. Deputados Antônio Jorge, Doutor Wilson Batista, demais participantes, senhoras e senhores, tenho a certeza de que todos estão aqui em busca de uma resposta. A resposta é a solução. Costumo brincar que, nós, como bons brasileiros – apesar da minha descendência japonesa, sou brasileiro e mineiro –, estamos acostumados a correr atrás da solução, mas não paramos para entender o problema. Vocês já se perguntaram por que em todos os debates de saúde vocês estão presentes? E, apesar de se chamar de debate, não há ninguém falando que não vai dar saúde? Vocês, principalmente, que advogam, já perceberam que, em todas as ações não vão encontrar uma contestação, uma defesa, em que o ente público fala que ele não vai dar saúde? O que ele fala é o seguinte: “Essa parte da obrigação não é minha”.

Apesar de estar, há quase duas décadas, correndo atrás dessa resposta, vou me permitir trazer um pouco da resposta, primeiro, pelo Prof. Adib Jatene. Na audiência nº 4 do Supremo Tribunal Federal, em que o Judiciário sentou para entender saúde, a fala do Dr. Adib Jatene, já falecido, foi exatamente esta: “O legítimo todos aceitam; o grande desafio, a dificuldade, é legitimar”. Se todo mundo concorda com a obrigatoriedade do direito, com o trato constitucional da saúde, por que tanta judicialização?

No mês passado, houve uma conferência municipal de saúde em Janaúba, no Norte de Minas, e os conselheiros de saúde elegeram um tema que, para mim, é extremamente revolucionário: “Conhecer para defender”. Não defendemos o que não conhecemos, e falar de saúde pública é a forma mais fácil de deixar a coisa difícil, porque temos, ao mesmo tempo, administração pública, saúde pública e todos os regramentos aplicáveis na área pública. Isso deixa a questão exponenciada em termos de complexidade.

O Dr. João Batista citou a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde. Quem conheceu o Dr. Gilson Carvalho, infelizmente, já falecido, sabe que ele dizia que o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde é o conceito de ser feliz, porque quem não tem problema físico, mental e social está no paraíso, e daí a dificuldade tão grande de trazer para nós, terrenos, a realização suprema do ser humano.

O Dr. Alan Maynard é economista e professor da Universidade de York, na Inglaterra e trabalha com a economia da saúde. Ele tem uma frase que sempre traz nos seus trabalhos: “O preço do conhecimento é alto, mas o custo da ignorância é maior”. É complicado entender o Sistema Único de Saúde, é difícil entender a lógica de gestão, a lógica hospitalar, a lógica orçamentária e qual o desenho institucional e constitucional do Sistema Único de Saúde.

Eu costumo falar que na saúde trabalhamos com equívocos, e não acertos. Confundem saúde com assistência social, saúde com previdência, saúde com gênero e espécie entre seguridade social. Quando a premissa é errada, todas as conclusões são errôneas.

A discussão passa por uma primeira pergunta: conhecer o quê? O mais simples. Às vezes é na simplicidade que mora a complexidade de se entender o Sistema Único de Saúde. Já foi citada aqui da tribuna a complexidade da única política pública do mundo que atende a mais de 100 milhões de pessoas. Os Estados Unidos estão muito longe disso; a Inglaterra não é parâmetro. Para vocês terem ideia, no Japão a lógica é da seguridade, e não do plano de saúde. Se o cidadão não possuir um seguro de saúde, é mais fácil pegar um avião e ir para o Leste Europeu tratar com um dentista do que tirar dinheiro do bolso para fazer tratamento no País. A saúde é cara em todo e qualquer lugar do mundo. O problema é a conformidade, o desenho, a aplicação que tecnicamente cada país dá a essa aplicabilidade.

Permito-me sempre fazer algumas leituras e releituras. O Dr. Renato Dresch, que está aqui e amanhã deverá nos brindar com uma palestra novamente, usa uma frase que gosto sempre de usar para afastar discussão e às vezes nos aprofundar. Ele diz que o art. 196 da Constituição – “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” – é a chamada solidariedade preguiçosa. Tudo cabe ali. Como estamos tratando de saúde, permito-me trabalhar com o Estado na área de oftalmologia, com uma visão diferente do art. 196. No art. 6º da Constituição Federal, o direito à saúde foi elencado como consectário. Tenho o direito à saúde porque é um consectário de estar vivo. Sem adotar muito academicismo, quero falar daquele conceito mais simples de Estado, ensinado nos bancos de direito. O Estado é formado por três elementos, direta e pragmaticamente falando: território, governo soberano e povo. Isso significa que, quando o Estado desconsidera a saúde para o povo, na verdade está desconsiderando a si mesmo. O povo é o elemento humano do Estado. A leitura do Estado perante o usuário, o contribuinte que usa a saúde, tem de estar na ótica técnica, sem astigmatismo e miopia, da manutenção, da conservação e da sobrevivência do próprio Estado. Toda vez que temos a compreensão de que os problemas são nossos e para nós mesmos, as soluções se diferenciam. A dor do outro nunca é a nossa dor. Tecnicamente, essa é uma leitura que me



permito fazer. O art. 196 da Constituição está tão desgastado que brincamos que se parece com o *Control-V* e *Control-C*, ou seja, copiar e colar. Basta mudar o nome do medicamento ou do usuário. Os fundamentos são os mesmos.

O que é importante para legitimar? Qual é o primeiro passo dessa lógica, dessa legitimação? É saber que o SUS é política pública.

Vi uma frase muito interessante e objeto de extrema reflexão: o SUS é um direito público, mas é direito de um público? Temos de nos perguntar cada vez mais, vez que, se a saúde for pela porta da judicialização, estaremos criando uma fórmula de critérios completamente indevida porque significa que só quem consegue um advogado, só quem tem a sorte de ter uma defensoria, um Ministério Público é que vai ter acessibilidade à saúde pública. Então, estamos criando um sistema de duas portas, por meio do fórum de cada uma das cidades. Essa é uma visão equivocada, errada, mas real. Temos o nosso SUS real e o nosso SUS legal. Que bom seria se os dois fossem um só.

Essa parametrização em relação à visualização da política pública, principalmente para os operadores do direito, importa entender o SUS em coisa simples. Costumo sempre falar que a Constituição fez uma moldura constitucional da saúde. Não estou entrando aqui numa questão de ser norma programática. Pintou a saúde numa moldura, mas o quadro foi delineado no que chamamos de normas infraconstitucionais. Não vou entrar na questão técnica de hierarquia, se a Constituição vai valer mais do que a lei ou portaria. Eu tinha um dado antigo de que, na saúde, eram 10 portarias por dia útil no Brasil. O que lermos hoje possivelmente não vai valer amanhã. No SUS, portaria consegue revogar a Constituição.

Fora essas situações *sui generis*, é importantíssimo saber que há um desenho, que essa pintura é desenhada e há um motivo para ele. O desenho que é feito na Lei nº 8.080 – e vamos para o ano de 1990 – trabalha em questões muito simples. Num primeiro instante é a divisão de quem faz o quê. Com certeza, alguém vai falar que isso não está literalmente detalhado, não está analítico na Lei nº 8.080. Logicamente, há uma decomposição nos seus regramentos, na sua aplicabilidade. Não encontramos sempre todas as respostas nos parâmetros onde achamos que elas estão, mas temos de, pelo menos, ter o cuidado de tentar procurar entender o que é esse SUS.

Este desenho, tecnicamente, de forma muito esquematizada e simplificada, trabalha nesses parâmetros. São as suas esferas de governo. Tecnicamente, em cada esfera, e não gostamos nem de falar na lógica de subordinação, de níveis, União, estados e municípios, há um fundo em que vai ser alocado o dinheiro, e cada um deles também, obviamente, é acompanhado, fiscalizado, discutido pelo conselho de política pública. A grande pergunta é: se se divide tudo, por que um tem de fazer tudo por todo mundo? Não vou entrar na discussão de solidariedade da Constituição do art. 196 ainda não, mas é importante, tecnicamente, entender que há também e já em 1990, e poucos desconhecem isso na Lei nº 8.080, que a lógica de distribuir as atribuições e competências é exatamente para evitar duplicidade no que é feito, onde todo mundo vê tudo e ninguém faz nada. O público é de todos, não é de ninguém. Temos o reflexo disso imediatamente, diretamente em decisões judiciais que condenam União, estado e município, e o usuário fica sem receber nada porque cada um fica esperando o outro cumprir.

Tecnicamente há de se analisarem também algumas questões, e aí especificamente na visualização dos próprios advogados, e a OAB é intransigente em algumas situações absolutas.

O direito do usuário tem de ser resguardado. O usuário não tem de saber se o dinheiro vem do Teto MAC, não tem de saber o que é fluxo financeiro, o que são protocolo e diretrizes terapêuticas, qual é o princípio ativo do sal, se o médico está recebendo benefício do laboratório. Isso não é preocupação, e nem pode ser, do usuário. Mas as pessoas, e principalmente os profissionais – e vou-me permitir me dirigir aos advogados – somos responsáveis também por qualificar as decisões do SUS. Os Drs. Bruno e Gilmar trouxeram aqui as manifestações em relação às soluções administrativas. Costumo brincar que nós, advogados, temos um problema: todo cliente que entra no escritório traz um problema e nos pede uma solução. Nós apresentamos a ele um processo. A cultura da graduação do advogado é que a solução é via processo. No SUS, tecnicamente, existem várias decisões que são resolvidas com um telefonema, com uma indicação, com um encaminhamento. Infelizmente existe a questão cultural: não vou lá pedir porque sei que não vão me dar.

Existe uma decisão do Superior Tribunal de Justiça importantíssima, de Minas Gerais, em que foi negado um recurso num mandado de segurança sob dois fundamentos muito simples: primeiro, apesar de ter prescrição médica, não dá para falar que o que a parte trouxe é o suficiente, principalmente na questão da chamada via estreita, a forma como o advogado optou por fazer o processo. Não dá para decidir tudo, o Dr. João Baptista disse com muita propriedade aqui no seu exemplo em relação ao cuidado do magistrado. Quer dizer que não preciso do processo, pois, quando chega a prescrição médica, está deferido. Não é a liminar, mas tecnicamente brincamos que as ações de saúde terminam na liminar, não precisam nem de sentença.

O Dr. Sebastião Helvécio, presidente do Tribunal de Contas, tem uma fala famosa das chamadas três canetas. No SUS são três canetas que fazem a gestão: a do secretário, às vezes a do juiz e, a pior de todas, às vezes a do médico. Tecnicamente há uma importância de todo o tamanho para o advogado, para que ele faça essa qualificação, para que ele faça esse aprimoramento, essa leitura, se é uma solução que não precisa ser judicializada. Isso é responsabilidade do advogado, é responsabilidade de quem vai demandar, ou melhor, de quem deve evitar essa demanda – que não deve ser opção, nem a última. Mas, infelizmente, às vezes, ela acaba sendo a primeira.

Essa qualificação da judicialização, como dito aqui pelo Dr. Bruno, deve ser estruturante. Quando se vai instar o Poder Judiciário, tenho que me preocupar com o efeito social da minha decisão no meu pedido individual. Por isso a discussão: saúde é direito público. Mas é de um público também? A judicialização estruturante vem corroborar o SUS. Sabemos que, às vezes, o Estado *lato sensu*, o Estado brasileiro, não atende, não fornece, não tem condições, não tem dinheiro. Mas é um direito que tecnicamente não pode ser alijado nem devolvido pura e simplesmente ao próprio usuário. Compreender os efeitos da sua decisão é algo que surge não depois de proposta a ação, mas no momento de se pensar a ação. Geralmente brincamos que as ações judiciais são propostas na sexta-feira, de preferência às 17 horas, quando o juiz está saindo – eu estava comentando aqui na Mesa –, principalmente quando a pessoa vai morrer.



Essa situação nos leva a algumas questões que são importantíssimas. Essa responsabilidade de todos existe desde 1990, especificamente na própria Lei Orgânica da Saúde. A obrigação do Estado não exclui a obrigação das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Todos nós somos SUS. Todos nós somos responsáveis pelo Sistema Único de Saúde.

Para finalizar, fazendo uma remissão ao século IV a.C., apesar de, infelizmente, esperar que não tenhamos uma eterna batalha, uma eterna demanda, já ensinava esse general chinês, autor de *A Arte da guerra*: “Obter 100 vitórias em 100 batalhas não é capacidade suprema. Capacidade suprema é subjugar o inimigo sem lutar”. Muito obrigado.

O presidente – Gostaria de agradecer o Dr. Tadahiro, parceria constante com esta Casa Legislativa, em nossas audiências, e também com o SUS Minas Gerais.

2º Painel

Composição da Mesa

O presidente – Convidamos a tomar assento à Mesa os Exmos. Srs. Álvaro Atallah, professor titular e chefe da disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Unifesp, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica da Unifesp, diretor do Centro Cochrane do Brasil e vice-diretor científico da Associação Paulista de Medicina; e César Vieira, consultor técnico do Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde – Ibedess; e a Exma. Sra. Eliete Maia Gonçalves Simabuku, advogada especialista em direito médico e da saúde e consultora técnica da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec.

Para darmos início ao 2º Painel, vamos ouvir o Sr. Álvaro Atallah, que discorrerá sobre o tema “Direito à saúde e a medicina baseada em evidências”.

Palavras do Sr. Álvaro Atallah

Boa tarde a todos. Obrigado, deputado Antônio Jorge. Cumprimento meu querido amigo Doutor Wilson Batista, nosso aluno e doutor, de fato, em saúde baseada em evidências. Agradeço aos amigos presentes, Dr. Gilmar de Assis e Dr. Galhardo. Estou me sentindo em casa, vou acabar estudando direito.

Para quem não me conhece, sou professor de medicina baseada em evidências e medicina de urgência na Escola Paulista de Medicina. Desafiado por colegas da área do direito, começamos a estudar a integração do direito à saúde e o processo da judicialização, que é uma das funções do Centro Cochrane do Brasil, uma instituição sem fins lucrativos, cujo compromisso é, com imparcialidade, mapear o conhecimento em saúde para auxiliar nos processos de decisão em saúde, naquilo que faz mais benefício do que malefício. Temos uma pós-graduação nessa área, em que os alunos mapeiam o conhecimento, que são publicados na *Cochrane Library*, uma publicação internacional de grande impacto.

Em algumas áreas, ela chega a ser a 2ª do mundo, mas, no geral, é a 10ª publicação do mundo na área da saúde em reputação científica e em citação pelos cientistas. Cerca de trinta mil cientistas do mundo trabalham na Cochrane, mapeando conhecimento, para responder, para tirar dúvidas sobre o que funciona e o que não funciona na saúde, o que é seguro e qual é o custo-benefício disso. Então, essa é a minha área, lembrando que sou um intensivista – trabalho com medicina de urgência – e sou nefrologista de origem, em clínica-geral.

Vou mostrar alguns *slides*, para facilitar a apresentação. Antes, quero agradecer também ao querido desembargador Renato Dresch, um dos inspiradores do nosso trabalho, aqui presente.

O que é saúde baseada em evidências? É o elo entre a melhor ciência disponível e a melhor prática clínica possível. Evidências, aqui, pela tradução do inglês, quer dizer provas. Ou seja, é a medicina baseada nas melhores provas. Mas o que são essas provas? São estudos comparativos, feitos com imparcialidade e de maneira cega, com pacientes escolhidos ao acaso. Esse é o começo da história. Então, entramos em ação sempre que formulamos uma pergunta ou que queremos saber se alguma coisa funciona ou não – desde o ato de aconselhar ou não alguém a parar de fumar, quem deve dar esse conselho e por quanto tempo, até saber se a cirurgia robótica ou a sala mista são melhores do que a cirurgia tradicional. Tudo nos interessa, desde que seja relevante para a saúde humana.

A saúde baseada em evidência integra as melhores evidências científicas de qualidade existentes com a habilidade do médico e a preferência do paciente, que é respeitado no processo de decisão. Por exemplo, quando uma mulher chega ao consultório com nódulo de mama, feito o diagnóstico, vou mapear o conhecimento – normalmente, o profissional já fez isso – e ver o que se pode fazer com esse nódulo. Posso tirar só o nódulo ou toda a mama, o peitoral, os gânglios da axila e fazer uma cirurgia drástica. Quando pergunto a ela o que prefere, ela me pergunta com qual viverá mais. O mapeamento diz que viverá pelo mesmo tempo. A outra pergunta comum é qual das opções dá mais recidiva. É se tirarmos apenas o nódulo. Mas quem decide? Quem decide é o paciente, informado pelo médico. Com isso, está-se praticando a medicina baseada em evidências, que leva em consideração a melhor evidência científica, a experiência clínica individual e os valores do paciente. Em países onde a vida é considerada com o valor que tem, como a Inglaterra, os países mais desenvolvidos e mais sérios e os países nórdicos, isso é feito de rotina. Em países onde há um grande interesse econômico, isso acaba sendo embotado, porque a mente humana, como vocês vão ver, depende de muitas coisas. Não somos muito racionais; temos uma tendência a ser levados por interesses, fantasias, emoções e, particularmente, por crenças.

Esse processo de racionalizar a tomada de decisão é antigo: tem mais de duzentos e cinquenta anos. No século XVIII, quando a Inglaterra tinha um império onde o sol nunca se punha, ele se punha, sim, para 50% dos tripulantes da marinha inglesa, pois metade morria de escorbuto nas viagens dos navios ingleses. Então, o médico James Lind, preocupado com isso, fez o primeiro estudo comparativo e a primeira revisão da medicina mundial. É como fazemos hoje na Cochrane: ele foi ler sobre como se tratava o escorbuto.

Verificou que alguns o tratavam com suco de lima e limão e outros com azeite e vinagre. Ele criou mais um grupo com água do mar e comparou os cinco tratamentos para pacientes com escorbuto e viu que aqueles que receberam o suco de lima e limão se curaram do escorbuto. Daí descobriu a cura do escorbuto: frutas cítricas. Isso é válido até hoje.

Essa história de controvérsias em medicina é falta de estudos comparativos bem-feitos. Isso se repete todos os dias na medicina mundial. Então, você precisa fazer estudos comparativos. Esse estudo aqui mudou este país. Não estaríamos aqui hoje, num Estado



Democrático de Direito, se não fosse esse trabalho, porque, 50 anos depois, Napoleão partiu para cima de Portugal e D. João VI pôs toda a inteligência portuguesa, 12 mil pessoas, nos navios, zarpar para o Brasil e mudou a sede do governo. Napoleão se queixou até o fim da vida que só foi enganado por um homem: D. João VI. A história do Brasil se modificou. O estudo comparativo com o uso da ciência... O que é ciência? Transformar fenômenos em números de maneira mais isenta e imparcial possível. *O.k.?*

Então, na minha opinião, a medicina baseada em evidências começou aí, mas só levou esse nome na década de 1990. Vejam como o pensamento humano é importado por muitas coisas. Tratamento da febre amarela com sangria. O autor diz o seguinte: “Nunca antes experimentei tamanha sublime satisfação como sinto agora contemplando o sucesso dos meus tratamentos. Graças a Deus que, de uma centena de pacientes que visitei ou sangrei hoje, não perdi nenhum”. Vejam que há muita emoção aqui, pacientes sangrados num dia, pôr Deus no meio, crença. Olhem a medida do sucesso: o paciente sobreviver ao tratamento dele naquele dia. Está certo? Isso parece lógico para um leigo. O ser humano tem de ser preparado e educado para usar a razão, a ciência. Do contrário, é levado pelas crenças e fantasias. É muito mais simples acreditar numa fantasia do que buscar a verdade, que, como todos sabem, requer também muito esforço. Nós, humanos, não temos certeza de praticamente nada, mas muita incerteza. No entanto, a ciência ajuda a reduzir a incerteza ao mínimo suficiente. Garanto a vocês que, na área da medicina, temos dois instrumentos fortíssimos: além do cegamento etc., é o tamanho da mostra e a metodologia da pesquisa. Temos controle sobre isso.

No Sírio, damos o curso de direito à saúde baseada em evidências. Vários colegas aqui já assistiram a esse curso. Agora temos 1.500 alunos que o estão assistindo. Esse curso ainda está aberto e é gratuito. Quem quiser fazê-lo entre no *site* do Sírio ou do Centro Cochrane do Brasil para fazê-lo. Mostramos lá como reduzir essa incerteza ao mínimo desprezível. Como hoje se pode prever quem ganhará a eleição com uma boa pesquisa de votos, pode-se fazer isso em medicina 10 vezes melhor, com muito mais qualidade. É isso que a Cochrane faz, mapeando o conhecimento, somando tudo o que foi bem-feito no mundo.

Como fugir dessa emoção, dessa falta de razão? Como buscar a razão? Fazer como fez o James Lind, porque o instrumental médico-cirúrgico não é nada delicado. Vejam lá o material à esquerda para cirurgias e à direita o bisturi para fazer sangria. As mulheres foram sangradas, inclusive para tratamento de eclampsia, durante 2 mil anos. Então, sangravam sempre as mulheres. O médico que tivesse o bisturi mais sujinho como esse aí é o que tinha mais experiência, assim como o que tinha o avental mais sujo. Vocês podem imaginar que isso vigeu durante séculos.

Para saber se uma coisa é melhor do que a outra é preciso experimentar. Por exemplo, já vi uma menina de 2 anos fazer isso diante da mãe no zoológico. A mãe lhe deu um sorvete vermelho. A criança tinha o amarelo e o pediu à mãe. Quando esta lhe disse que era igual, ela respondeu: “Não. Quero experimentar”. Então, é preciso experimentar e comparar. Estou tentando contratar essa menina para trabalhar comigo.

A pesquisa clínica, a medicina baseada em evidências, começa com uma pergunta simples: qual a população e qual o problema? Por exemplo, pacientes com escorbuto. Qual a intervenção você quer saber se funciona ou não, por exemplo, um suco de fruta. Comparado com o quê? Vou comparar com água do mar, com placebo, com uma droga inerte. Para que desfecho? Sobrevida, cura ou qualidade de vida. Você pode colocar o desfecho que quiser. E assim vamos mapeando o que funciona e o que não funciona. É assim que sabemos se uma sala cirúrgica com robótica é melhor que um tratamento simples. Fizemos uma revisão para a Cochrane, que é uma das mais famosas do mundo. Ela foi feita no Centro Cochrane do Brasil e com uns colegas da Escola Paulista, para ver se grampeador mecânico no ato cirúrgico era melhor que aquele velho pontinho com porta-agulhas e um fiozinho. Esse grampeador custa R\$2.000,00, quase US\$1.000,00, e também os fios custam muito caro. Mostramos que não tinha diferença. Para determinada região, por exemplo, o final do tubo digestivo e do esôfago, o grampeador ou o costurador mecânico era mais eficiente que o resto. E nisso se enfia um monte de dinheiro e há desperdício.

Então, isso serve para todas as áreas e todas as perguntas; e começamos com o pico, com a pergunta. Feita a pergunta procuraremos as evidências na literatura. Para cada tipo de pergunta existe um tipo de desenho. Por exemplo, você pode querer saber se um teste diagnóstico funciona, qual a probabilidade de ele dar positivo em quem tem a doença, qual a probabilidade de ele dar negativo em quem não tem a doença e assim por diante. Se é tratamento sem intervenção, quero o ensaio clínico controlado e o estudo comparativo. Quero também saber se é fator de risco, se cigarro causa câncer. Vocês viram quanto tempo levou para se convencerem de que cigarro fazia mal? É só estudar direitinho. Um professor nosso, Richard Doll, fez isso durante 50 anos e mostrou que cigarro não apenas causava câncer, como também infarto e AVC. Antes de morrer, ele ainda demonstrou que, se a pessoa parasse de fumar por 10 anos, os riscos voltavam quase a zero. É assim: tem que haver alguém que vá atrás e que faça isso com segurança e com competência.

Para qualquer desses desenhos, fazemos na Cochrane revisões sistemáticas da literatura. Separamos o joio do trigo, o que presta do que não presta da literatura. Normalmente partimos de mil citações. Quando temos muita sorte, terminamos com seis ou oito que realmente prestam e se adaptam à pergunta feita, somamos aquilo em uma coisa chamada meta-análise e publicamos isso para todos. Dois bilhões de habitantes da terra recebem isso de graça, inclusive o Brasil, há 14 anos, e os países mais ricos pagam por isso. Essas revisões Cochrane, então, são os mapeamentos do que funciona ou não. Depois veremos qual será o custo-benefício disso, quanto custa. Depois colocamos isso em protocolos clínicos e diretrizes para os colegas fazerem isso rapidamente. Por exemplo, para eu mapear o que fazer com o paciente que tem um derrame, que é a primeira causa de morte ou de sequelas no País, não havia um protocolo claro. Fomos olhar a literatura e encontramos 40 tratamentos e 50 exames. Qual o médico deveria usar? Qual era o mais útil? Fui mapear a literatura e vi que era necessário fazer um exame indiscutível: tomografia nas quatro primeiras horas. Qual o tratamento? Se a tomografia está normal, fibrinolítico nas primeiras quatro horas. Se estiver alterada, nada, uma aspirina, manter o sujeito vivo e rezar um porquinho para ele. Ponto. É isso que eu escrevo em três linhas. Escrevo isso e o colega não deve ficar dois anos, como eu fiquei, para fazer aquilo. Por isso, os protocolos baseados em evidências são fundamentais para a tomada de decisão e as revisões sistemáticas são a principal ferramenta para fazer isso; e a Cochrane é gratuita no País há 14 anos.

Então, existe uma hierarquia. Como eu disse a vocês, no caso do nódulo de mama, vou procurar sempre uma revisão sistemática com meta-análise. É isso que a Cochrane oferece. Se eu não encontrar, eu vou procurar um ensaio clínico comparativo, a que



chamamos de *megatrial*, que é um estudo com mais de mil casos. Se eu não encontrar um estudo grande comparativo, faço um daquele do tamanho do Lind, pequeno, mas às vezes o seu efeito é grande e não me deixa nenhuma dúvida. Se tiver vários – e muito frequentemente encontramos vários –, pegamos aqueles que têm qualidade, somamos os seus resultados e tiramos uma conclusão.

Então, nível de evidências e estudos observacionais com uma série de casos é categoria de evidências de sexta categoria. Está escrito, está publicado em uma boa revista.

Está publicado numa boa revista, está escrito em inglês, mas há muita bobagem escrita em inglês também. Então é sexta categoria.

Finalmente a sétima categoria é a opinião do especialista. Sou especialista em várias coisas: hipertensão na gravidez, sou nefrologista, entendo de vista, etc. Mas eu diria que 30% a 40% do que faço é baseado em evidências. No resto acabamos usando a experiência, porque a literatura médica não respondeu tudo ainda. Mas a Cochrane, dos potenciais 10 mil assuntos relevantes da medicina, já respondeu a 6.500, então não podemos ignorar essa fonte de evidências na tomada de decisão.

Trabalhamos com o Ministério da Saúde desde 2003. Fizemos um trabalho grande lá. Até hoje treinamos, via curso de saúde, baseados em evidências do Hospital Sirio-Libanês. Já treinamos uns 25 mil profissionais do SUS. Mas, de vez em quando, entramos numa licitação, para tentar mapear um assunto para o Ministério da Saúde. Competimos com qualquer outro, inclusive com os nossos alunos. Formamos 90 assentos que competem conosco. Às vezes ganhamos, às vezes perdemos, mas o importante é que a resposta seja bem dada. Quando ele pergunta se um novo medicamento funciona ou não, temos que responder sobre a eficácia dele, ou seja, em condições ideais, se funciona ou não. Por exemplo considerando um paciente na UTI, na efetividade, se esse medicamento funciona no mundo real, quando o paciente mora na periferia de Belo Horizonte e o prescrevemos. Será que a pressão dele estará controlada daqui a um ano? Tem que se definir o desfecho. Vemos a eficiência, se é simples e barato, fácil de implementar, porque, se for muito caro, também não interessa. E se é seguro. Segurança é fundamental. Se não for seguro, joga-se fora.

Então é isso que fornecemos para o ministério, ou quando um juiz pergunta ao Cochrane: “Funciona?”. Temos que dar para o juiz evidências sobre eficácia, sobre efetividade, sobre eficiência e sobre segurança. Fornecemos, ele lê e decide. Nós simplesmente somos um instrumento para a sociedade errar cada vez menos. Medicina baseada em evidência não dá certeza, mas permite que erremos cada vez menos e que tenhamos cada vez mais eficiência no sistema de saúde, que investe no máximo US\$300 por ano, por pessoa, quando os Estados Unidos gastam US\$9.000 por ano; e a Inglaterra gasta US\$6.000 por ano. É muito dinheiro. Temos muito pouco, e precisamos ter muito mais eficiência e qualidade.

Pobre do médico! Ele tem três, quatro empregos, e é inundado com um turbilhão de informações diariamente. São publicados mais de dois milhões de artigos por ano, e ele tem que se virar com tudo isso. Nem os professores de medicina americanos conseguem ler o necessário, que seriam 30 artigos por dia. Imaginem, isso dá mais de um por hora. Não é possível. Então alguém tem que fazer esse trabalho. Alguém tem que gastar de dois a quatro anos mapeando o conhecimento, separando o joio do trigo, preparando isso, como a Cochrane faz, num verdadeiro milagre, porque transforma isso numa figura, numa meta-análise. Alguém treinado nesses cursos nossos, em que se aprende isso em menos de uma hora, em 15 segundos se interpreta o resultado da literatura. Se aquilo funciona ou não, se aquilo é seguro, etc.

Foi falado aqui, e é verdade. Pela manhã a desembargadora Vanessa Andrade citou que 50% das prescrições estão erradas. Se o médico estudar, também continuarão sendo erradas. Ele tem que ir na fonte certa para não errar. É isso que entidades como a Cochrane se propõem a fazer, e faz ensinando todo mundo. Esse é o seu papel, porque, se ficarmos escondendo segredinhos, a sociedade não cresce. E a nossa visão é que tem que se criar cultura disso, não só para medicina mas para fisioterapia, psicoterapia, direito, engenharia, veterinária, e assim por diante. Até o cachorrinho tem direito a receber o tratamento com maior possibilidade de dar certo para ele. O nosso entendimento, que é meio pessoal, é que há de se criar a cultura da tomada de decisão baseada em evidências. E não é em qualquer informação escrita.

Existe, hoje, no jornalismo – damos curso para jornalistas também –, o que estranhei muito quando vi, uma Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo. Perguntei: mas não precisa ser investigativo todo jornalista? Ou basta só transcrever o que se ouve, o que se fala? Não, tem de investigar mesmo, o processo é o mesmo. E o juiz também tem de decidir baseado em provas.

Então existe uma hierarquia das evidências: nível I, revisão sistemática, a cochrane, ninguém discute mais isso na literatura médica; nível II, *megatrials*, que são estudos comparativos grandes; nível III, ensaio clínico pequenininho, com 200 casos. Depois vêm os estudos observacionais, nos quais você não tem intervenção; depois, série de casos, que você nem comparou com nada, não tem cegamento, não tem sorteio, é muito particularizado; e, finalmente, a opinião do especialista. A opinião de especialista – não é para desmerecer, pois sou especialista, e deve estar cheio de especialista aqui – é para aquilo que a literatura não tem informação, e você acha que daquele jeito funciona. Então não vou colocar isso no protocolo. Se há especialistas que têm essas opiniões, nós as transformamos em pico, em perguntas e respondemos através de um estudo adequado. Depois, quando se tem vários estudos, fazemos a revisão sistemática. Então a opinião do especialista é a semente do progresso da medicina. Mas não é ciência, é uma opinião e por isso é classificada dessa maneira.

O art. 196 já foi falado várias vezes aqui, mas sempre insisto que o art. 196 não é só a primeira linha: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco...” - brasileiro acha que risco é uma coisa que acontece para os outros e que desemprego é uma coisa que acomete o vizinho - “... de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Então para eu responder tudo isso que está no art. 196, tenho de mapear o conhecimento, tenho de buscar evidências, para saber se estou fornecendo saúde mesmo ou se simplesmente sou um balconista de farmácia que está fornecendo o que está prescrito.

Para ilustrar, mapeamos, em 2003... O Prof. Reinaldo Guimarães e o Prof. Temporão pediram para ver se um *stent* de R\$15.000,00 para insuficiência coronariana aguda era melhor que um outro que custava R\$2.000,00 e que não tinha revestimento por droga. Então fizemos o pico e fomos procurar na literatura para verificar se isso reduzia a mortalidade: zero de redução de mortalidade, zero de redução de infarto, zero de redução de cirurgia. Mostramos isso ao Ministério da Saúde, em 2004. Em 2007, o Nats, maior agência mundial de avaliação tecnológica, fez o mesmo estudo, concluiu as mesmas coisas e recomendou que não pague o *stent* mais caro.



O Brasil gasta, no mínimo, 100 mil *stents* por ano. Então, se vocês multiplicarem 100.000 com essa diferença de R\$15.000,00, obterão um total de R\$1.500.000.000,00 por ano, que o Brasil não incorporou e não está economizando até hoje. É R\$1.000.000.000,00 por ano. Isso dá para sustentar a Universidade Federal de São Paulo. Nunca sobra dinheiro na saúde. Você aplica em outras coisas, como vacinação, pré-natal, cirurgias necessárias e assim por diante.

Devo confessar de público que, quando aprendi essas coisas, não sabia para que serviam. O que queria era fazer um projetinho e ganhar uma bolsa de R\$2.000,00 por mês da Capes – era tudo que queria. Hoje fico me perguntando por que os gringos ensinaram isso. Acho que nem eles sabiam. Eles tinham a mesma angústia que estamos tendo agora, mas na década de 1980. Funciona com a medicina que estamos fazendo? Um dos papas dessa área, filho de uma bibliotecária e de um economista, grande médico americano, Kerr White, saiu à busca dessa resposta: como sei se o que estou fazendo tem custo-benefício, se vale a pena, como aumento o acesso, etc. Ele foi meu professor, morreu com 95 anos.

Aliás foi ele que classificou o atendimento em primário, secundário e terciário e revolucionou a medicina com essa angústia.

O Dr. Galhardo já citou o Bevacizumab, que foi incomodá-lo no tratamento da degeneração da mácula na cegueira do idoso. Isso não é brincadeira e acomete 5% de toda a população. Temos rodando por aí pelo menos 5 a 10 milhões de pessoas com essa doença. Só que eu já tinha feito essa revisão, são as vantagens de ser velho. Com Visodin, cada tratamento custava R\$20.000,00. Quando fui assistir a uma aula na academia de medicina e vi que o meu amigo Belfort estava injetando Bevacizumab intraocular nos pacientes e que aquele frasquinho custava R\$5.000,00, mas tinha 500 mg, falei: “R\$10,00 compram esse miligrama”. Espera aí, vou mapear o conhecimento.

Entre na literatura junto com Régis Andriolo, meu aluno, e estudamos isso durante um ano inteiro. Era impressionante, havia mais de 200 publicações e nenhuma revisão Cochrane. Então fizemos rapidinho e publicamos, e a revisão mostrou que o Bevacizumab melhorava o resultado em 30% e custava R\$32,00 por paciente. Então, senhores, multipliquem R\$30.000,00 por 5 milhões para verem quanto dá. Dá R\$150.000.000.000,00. É o orçamento anual do SUS. Passando isso para R\$32,00, você, com R\$30.000.000,00, mais ou menos, e R\$150.000.000,00 no máximo, trataria o Brasil inteiro. Então essa busca de eficiência, com análise do que funciona e do que não funciona, é indiscutível, e nunca pensamos que pudesse ter tamanho impacto. Uma funcionária do ministério mapeou isso e disse que essa revisão reduziu o impacto no orçamento do Ministério da Saúde em até R\$6.000.000.000,00, seis orçamentos da Universidade Federal de São Paulo.

Aí o laboratório, muito espertamente, fez uma junção com outro laboratório, criou o Lucentis, cobrou cem vezes mais e pôs na bula: “Este aqui é para degeneração macular. Aquele outro, não, pois não está na minha bula”. E começaram a assustar os médicos para não usarem o mais barato. Mas eis que o *New England* publicou um artigo mostrando que as duas drogas era idênticas e dizendo ao final: se você tiver que optar, opte pelo Bevacizumab, o Avastin, que é o mais barato. Mas, mesmo assim, toda vez que a gente ia falar num congresso de oftalmologia, havia umas pessoas circulando e dizendo: “Cuidado para não ser processado, hein? Você que vai preparar esse Bevacizumab, se der infecção no olho você será o culpado”. Isso bloqueou pelo menos, diria, 40% dos médicos; 60% continuaram usando o Bevacizumab, por uma questão até de sobrevivência, nos Estados Unidos também.

Agora, há duas semanas, saiu no *Jama* um artigo de um colega que pegou 200 mil casos, comparou essas duas drogas e a incidência de infecção. Por azar da droga mais cara, ela causou mais infecções que a mais barata. Então, CQD não tem mais o que discutir, mas, mesmo assim, quando passei isso a um alto funcionário da Anvisa, ele me disse: “Dê-me a referência, porque ainda não aprovamos isso lá. Vamos ver se levamos isso a plenário de novo, para ver se vai para frente”. Publicamos o que estou falando aos senhores em 2009. Já faz seis anos. Vejam como essas coisas demoram para serem implementadas. A medicina e o direito deveriam se juntar para, naquelas coisas em que não há dúvida, dizer: toca para frente e tire o medo dessas coisas, dessa paranoia. Esse trabalho mostrou impacto orçamentário de R\$6.000.000.000,00.

Só para mostrar a vocês, esse é outro trabalho que publicamos na Cochrane em 1998, a primeira revisão que fiz. Minha área de pesquisa é hipertensão na gestante. Devo dizer a vocês que o grupo, eu, o pessoal de Oxford e de outros países constatamos que é a área da medicina que mais se desenvolveu nos últimos 30 anos. Nessa aqui, gastei quatro anos tentando ver se aspirina prevenia eclampsia, que é uma doença que causa infarto na placenta. Você não dá aspirina para infarto no coração?

Essa era a ideia na medicina, e eu fui lá estudar. As literaturas existentes mostravam uma redução de 84%. Quando fiz o estudo com 1.200 casos, a redução foi zero. Aí eu disse: meu Deus, fiquei doente. Perdi quatro anos para achar uma coisa que não funciona? Aí fui baixar em outro centro. Esse é um dos papéis da medicina baseada em Evidências. Não funciona? Então pare com isso, menino, e vá fazer outra coisa. Então, viu-se que um argentino, amigo nosso, estava dando cálcio para as grávidas e elas estavam tendo menos pré-eclampsia. Fiz o mapeamento e ele mostrou que o cálcio reduz 30% de pré-eclampsia na gravidez, que é o bicho-papão. Publicamos isso na Cochrane, e a Organização Mundial da Saúde encampou a campanha do cálcio na gestante. *O.k.*, isso teve uma promoção enorme, e é o meu trabalho mais citado.

Há dois anos, mapeamos o uso de cálcio para prevenir pré-eclampsia nas maternidades-escola de quatro regiões do Brasil. Resposta: só 6% das grávidas estão tomando cálcio. Por que isso, se é uma coisa tão simples, tão fácil, tão barata e tão útil? A partir daí, vou propor que o carbonato de cálcio, o pó de mármore daqui de Minas – neste estado há mais que em São Paulo –, seja colocado numa cápsula de ouro, cravejada de brilhantes, e pedir R\$5.000,00 por comprimido. Então vocês vão ver como vai ter judicialização para liberar o carbonato de cálcio na gestação. Então tem isso: se não custa, não tem *lobby*; se não tem *lobby*, não prescreve. Assim, a sociedade só tem uma defesa, que é perguntar: tem evidências? Sim. Então implementa. Se não tem evidências, joga fora e vai procurar outra maneira de resolver esse problema. *O.k.*?

Estão me avisando que o tempo está esgotado. Só para lembrar, temos uma lista. O Cochrane está trabalhando com o pessoal do direito, com o Dr. Galhardo, com os colegas de São Paulo, o Dresch, o Gibran, e assim por diante. Fizemos uma lista do mapeamento dos assuntos, com o linguajar que o pessoal do direito entende, e colocamos à disposição no Cochrane para vocês.

Impressionados com o resultado do trabalho do pessoal da Cochrane no Ministério da Saúde, foi assinada pela presidente Dilma, em 2011, a Lei nº 12.401, que diz que a implementação no SUS tem de ser baseada em evidências de eficácia, efetividade, eficiência e



segurança. O Brasil então sai na ponta, desde que essa lei foi implementada, e a gente encontra os profissionais do direito para que a lei não fique ociosa. Então é isso que eu tinha para falar. Deixo para vocês os dados da Cochrane, que é mundial, e digo-lhes que temos congressos anuais.

O Cochrane disse algo que atualizei: “tudo que for mais efetivo e seguro deve ser gratuito, ou seja, pago pelo sistema de saúde. Muito obrigado.

– No decorrer do seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente – Gostaria de agradecer a brilhante exposição do Prof. Álvaro Atallah. Tenho a certeza de que seus debates vão suscitar muitos questionamentos. Vamos passar a palavra, imediatamente, ao próximo painelistas, próximo expositor, o Dr. César Vieira. Ele falará sobre o tema “Apoio técnico para a tomada de decisões em saúde”.

Palavras do Sr. César Vieira

Boa tarde a todas e a todos. Quero, inicialmente, agradecer, na pessoa do deputado Antônio Jorge, o honroso convite para participar desta sessão de hoje, que acho de uma importância fenomenal para nosso sistema de saúde, para o seu avanço. Acho que este evento é uma contribuição valiosa da Assembleia Legislativa para a liderança de Minas Gerais no campo da judicialização da saúde.

Algumas experiências que estão acontecendo em Minas Gerais hoje em dia merecem a nossa referência, o nosso respeito. O Estado tem um comitê de saúde vinculado ao Conselho Nacional de Justiça, presidido pelo desembargador Renato Dresch, que congrega entidades das áreas de direito e saúde que discutem esse assunto constantemente. Existe um convênio entre o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o Núcleo de Avaliação de Tecnologias de Saúde – Nats - do Hospital das Clínicas da UFMG e a Secretaria de Saúde, para permitir o fornecimento de evidências ao SUS para mandatos e processos judiciais relativos a ele. Inspirado nessa iniciativa, foi assinado outro convênio entre o Tribunal de Justiça, o Nats e o Ibedess, instituto onde trabalho como consultor técnico, para fazer a mesma coisa relacionada à saúde suplementar. A experiência do CAO Saúde e da Defensoria Especializada em Saúde, apresentada aqui hoje, também expressa isso de forma fabulosa. Temos promotorias regionais de saúde cobrindo todo o Estado de Minas Gerais.

Há algo impressionante. Fico surpreso, felizmente, ao ver a quantidade de desembargadores, juízes e promotores mineiros fazendo cursos de pós-graduação em saúde, seja na Escola do Judiciário, seja da Escola de Saúde Pública. Isso é muito positivo.

Quero citar ainda as experiências de outros estados, como o Comitê Executivo Nacional de Saúde, do CNJ; o Centro de Pesquisa em Direito Sanitário – Cepedisa –, da USP, que é um precursor na área do direito da saúde no Brasil; a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec –, que será apresentada daqui a pouco; a Rebrats, que já foi citada aqui hoje; a *Revista de Direito Sanitário*, publicação fabulosa, com algumas décadas de experiência, que traz contribuições para o nosso campo; e a Saúde Baseada em Evidências – o Prof. Atallah fez uma apresentação espetacular a respeito do Centro Cochrane.

Não há dúvida alguma de que os desenvolvimentos científico e tecnológico produzem novos insumos para o setor da saúde em termos de conhecimento, instrumentos, materiais, medicamentos, equipamentos etc. Com isso, ficamos mais capazes de cuidar melhor dos problemas de saúde da nossa população. Mas, infelizmente, nem sempre fazemos o uso adequado desses avanços, tanto por condutas inadequadas de prestadores de serviços quanto por equívocos na judicialização da saúde no SUS e na saúde suplementar.

Quando eu estava vindo para cá esta tarde, ouvi pela televisão a notícia do falecimento de uma menina de 1 ou 2 anos que fez um transplante múltiplo de órgãos nos Estados Unidos. Isso nos fará pensar se a conduta era ou não indicada. Tenho a impressão de que o meu CRM é o segundo mais baixo deste salão. Lembro-me do tempo da minha faculdade de medicina, nos anos 1960, quando era comum ver nossos catedráticos conversando nos corredores da Santa Casa e do Hospital das Clínicas. Alguns diziam: “No caso de tal diagnóstico, faço assim”. Outros diziam: “No caso de tal diagnóstico, faço assado”. Ninguém sabia por que era um ou outro.

Então, a questão da medicina baseada em evidência hoje está sendo uma salvação para a saúde, para a medicina no mundo inteiro. Não há país sério no mundo que funcione sem protocolos de práticas clínicas para orientar em vez de ficar ao sabor dos profissionais. Sem falar que, no meu tempo, no nosso tempo, o propagandista do laboratório, em geral, era um velhinho gordinho, barrigudinho, careca, de bigode e tal que ia nos visitar nos consultórios. Hoje fico impressionado com os representantes e as representantes de laboratórios que nos visitam, com a capacidade de influenciar as decisões pela figura física deles. São irresistíveis.

Então, acho que, em função dessas coisas, os sistemas de saúde e de Justiça precisam do apoio de evidências que resultem em prescrições e sentenças mais qualificadas, tanto a saúde quanto a Justiça. Em Minas Gerais, muitas dessas evidências vêm sendo proporcionadas por essas mesmas entidades, como é o caso do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Nats – e do Centro Colaborador para Avaliação de Tecnologias de Saúde da Faculdade de Farmácia – Ccates. Então, essas são experiências que valem a pena levarmos em consideração.

Vejam o que aconteceu em Minas Gerais, de 2010 a 2013, com o número de processos e mandados judiciais impetrados. Há um total de 14.144 processos. A quantidade dos processos vai aumentando de ano para ano no sistema saúde.

Vejamos um outro dado em relação aos gastos do governo de Minas Gerais, com mandados judiciais, somente entre 2009 e 2013. Na tela, observamos quantos milhões de reais eram gastos e como houve um aumento de quase seis vezes o valor. Acho essa variação impressionante, e ela continua subindo em Minas e no Brasil. Chamo aqui a atenção para o autor da pesquisa que produziu esses dados, o Dr. Sebastião Helvécio, que, de uma certa forma, congrega as experiências que estão nesse auditório hoje, pois ele é médico, advogado e preside o nosso Tribunal de Contas do Estado. Vai fazer uma apresentação muito valiosa aqui, amanhã.

Quero falar com vocês sobre uma questão muito positiva. Refiro-me a uma página eletrônica, produzida e lançada há pouco tempo pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que fala dos mandados, dos pareceres, orientando e subsidiando os julgamentos, os processos por essas duas entidades: Nats e Ccates. Ela é muito fácil de ser consultada. Na última curvinha branca, há dicas de como acessarmos e vermos a quantidade de pareceres que estão ali orientando esses processos.

Vou falar de três experiências que valem a pena e que nos fazem sentir orgulhosos em Minas Gerais. A primeira é do Nats, inaugurado em 2011, com uma área estratégica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Ela tem parceria com a Rebrats, com o Ministério da Saúde, com a Organização Pan-Americana, com a secretaria estadual, com a Anvisa, com o



Ibedess. Pareceres baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. Esse apoio permite incorporar, manter ou excluir as tecnologias avaliadas.

Então, é uma informação muito útil tanto para os prestadores de serviço, para os gestores dos estabelecimentos e dos programas de prestação de serviço, quanto para o Judiciário e para o Legislativo.

O Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde – Ccates –, vinculado à Faculdade de Farmácia, é mais recente, mas também está fazendo estudos e pareceres que auxiliam na tomada de decisão em saúde. Ele vê a qualidade da prescrição, dispensação e uso de medicamentos e procedimentos, outras tecnologias em saúde e faz projetos de desenvolvimento de recursos humanos.

Outro exemplo que eu gostaria de mencionar também é a experiência da Unimed-BH, que tem um Grupo de Avaliação de Tecnologias de Saúde – Gats. Hoje as entidades sérias que estão trabalhando nesse campo estão buscando experiências para facilitar a utilização de evidências para a saúde.

Olhem só a quantidade de subsídios, tanto pareceres quanto notas e respostas técnicas, fornecidos entre 2012 e 2015 pelo Nats e pelo Ccates em Minas Gerais. Há um total de quase 1.150 subsídios para decisões judiciais. Vejam como isso deve estar impactando na relevância, na qualidade dessas decisões judiciais. Estou até curioso, usando aquela página do TJ que mostra os pareceres e as respostas técnicas, de comparar os pareceres com as sentenças respectivas daqueles processos para ver até que ponto houve uma influência, uma coincidência, uma correspondência, uma convergência entre esses pareceres. Mas eu gostaria de chamar a atenção da relevância desse tipo de contribuição que estamos sendo capazes de propiciar para o sistema judiciário de Minas Gerais.

Bom, o contrato entre o Tribunal de Justiça, a HC-COOP, o Nats e o Ibedess foi celebrado em fevereiro de 2014, com o objetivo de elaborar documentos técnicos para auxiliar no julgamento de ações judiciais relacionadas com a assistência à saúde suplementar, por meio da análise de casos e pareceres, do mapeamento bibliográfico de cada caso por profissional qualificado e da revisão do parecer por especialista. Até o presente, o Nats já nos ofereceu mais ou menos 66 pareceres para o sistema de saúde suplementar. Estamos até querendo, outra vez buscando esses dados, ver por que o número de pareceres solicitados na área da saúde suplementar está tão pequeno comparado com os pareceres solicitados na área do SUS e, com isso, discutir com os nossos colegas e companheiros do sistema do Judiciário.

Olhem como funciona esse contrato do TJ com a HC-COOP e o Ibedess. Os juízes ou os desembargadores enviam para o Nats uma solicitação de parecer para os respectivos processos. O Nats prepara a resposta e manda para a HC-COOP, que a envia de volta para o tribunal, para o Judiciário. É por meio desse mecanismo. Mas tem a outra fase em que a HC-COOP manda para o Ibedess, nosso instituto, uma planilha com os custos desses processos, desses pareceres, e o Ibedess distribui essas planilhas para as entidades que pertencem ao instituto, que são afiliadas ao instituto e às quais esses processos se relacionam. Essas entidades então nos liberam os fundos, enviam-nos, e nós liquidamos a questão com a HC-COOP.

Esse é mais ou menos o processo que está acontecendo na operacionalização desse contrato.

Quem são as entidades que estão participando desse processo? São as entidades afiliadas, associadas ao Ibedess: a Abrange; a Federação Unimed-MG; a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos – Federassantas –; a Federação Nacional das Cooperativas Médicas – Fencom –; o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte; o Ipsemg; a Unimed-BH; e outras entidades da saúde suplementar; a FenaSaúde; o Unidas; a Sisau/PMMG, que, de repente, podem se associar ao Ibedess para terem uma efetivação mais efetiva com esse contrato.

Gostaria de chamar a atenção para outra iniciativa, recente e relevante, nesse campo: a criação da câmara técnica de mediação e conciliação do SUS. Ela está sendo discutida e, em breve, será finalizada. Isso vai acontecer em breve. Tomando a liberdade de expressão, costumo falar que é como se fosse uma atenção primária dos Judiciários, porque ela é anterior, é prévia ao processo judicial. Então, é um mecanismo que permite às partes discutir e chegar a uma conclusão sobre determinada questão.

Essa câmara técnica relacionada com o SUS já está sendo formada. Agora vamos ter uma proposta para a criação da câmara técnica relacionada com a saúde suplementar. Provavelmente vamos contar com o Nats e com o Ccates, para oferecerem pareceres e subsídios para discussão das câmaras técnicas também. É interessante, vocês não imaginam como estamos recebendo consultas de entidades de outros estados que estão querendo participar desse convênio porque ainda não acontece no seu estado. Eles estão querendo ou participar do nosso projeto aqui ou querem que ajudemos na criação de um projeto desse nos seus respectivos estados. *O.k.?*

Aqui há outra coisa que gostaria de oferecer, de sugerir para o Poder Legislativo, para o Poder Judiciário, para o pessoal da saúde, para os advogados que estão aqui, a quantidade de parceiros que podem ser importantes nesse campo. Há a *Agency for Healthcare Research and Quality* nos Estados Unidos, na Argentina, no Canadá; o já mencionado Centro Cochrane, que veio participar desta reunião; o Chile; o México; o Nice, da Inglaterra, que também foi citado aqui; a Organização Panamericana de Saúde e a OMS.

Trabalhei 30 anos na Organização Panamericana da Saúde, e uma das áreas que lidava no meu departamento era a parte de legislação de saúde. Eu e a minha equipe tivemos a honra de participar em 14 Assembleias Nacionais Constituintes, depois do período ditatorial, na América Latina, ajudando os países a fazerem suas leis sobre saúde, seus artigos constitucionais relativos à saúde. Aliás tivemos uma experiência inusitada de levar constituintes do Brasil para outros países para ajudar os seus pares a fazerem esse tipo de trabalho. É uma parceria, uma coisa espetacular.

Uma coisa para a qual gostaria de chamar a atenção, na Biblioteca Regional de Medicina da Organização Panamericana – Bireme –, uma das páginas que existe lá se chama *Leyes*, sobre legislação de saúde de vários países das Américas, que podemos usar para comparar, para ver avanços, para ver problemas e essa coisa toda.

Aqui está um resumo das atividades do nosso instituto Ibedess.

Essa é a nossa diretoria, e aqui coloquei uma série de páginas eletrônicas que facilitarão o acesso a essas coisas que sugeri aqui, que podem ser úteis para o trabalho das entidades participantes. Muito obrigado.

O presidente – Agradeço ao Dr. César Vieira por sua constante contribuição neste debate da saúde, em especial com o SUS de Minas Gerais e com esta Casa Legislativa.



Para fechar o nosso painel riquíssimo desta tarde e entrar no momento do debate, com a palavra, a Sra. Eliete Maia Gonçalves Simabuku, para discorrer sobre o tema “Apoio técnico para tomar decisões em saúde”.

Palavras da Sra. Eliete Maia Gonçalves Simabuku

Gostaria de agradecer à Mesa e à plenária, e dizer da minha satisfação em participar deste ciclo de debates sobre a judicialização na saúde. E aproveito para, em nome da Dra. Clarice Alegre Petramale, presidente da Conitec, agradecer a esta Casa, em especial ao presidente da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, o convite. Devido a sua agenda ser muito apertada, ela não pôde comparecer, e por esse motivo estou aqui para expor tanto a nossa experiência quanto o apoio técnico para a avaliação de tecnologia em saúde.

Como já disse o Dr. Álvaro Atallah, a Lei nº 12.401 e o Decreto nº 7.646 modificaram a Lei nº 8.080, que dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde, e criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec.

Um dado muito importante é que a Conitec trouxe a sistematização das avaliações de incorporações de tecnologias, mas antes dela já havia a preocupação do Ministério da Saúde, sendo essas tecnologias avaliadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – Citec. Com a publicação da Lei nº 12.401 e do Decreto nº 7.646, que veio regulamentar os artigos dessa lei, criando a Conitec, ficou criada essa sistematização para avaliação.

Quero deixar claro que a Conitec tem o papel de assessorar o Ministério da Saúde na avaliação de incorporação, exclusão, tecnologias, elaboração, atualização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Ou seja, à comissão não cabe agir proativamente, propondo análise de incorporação de tecnologias no SUS, mas atuar desde que haja uma proposta dos demandantes externos ou internos – áreas próprias do Ministério da Saúde – ou mesmo das áreas do SUS, das secretarias municipais e estaduais de saúde.

Esse novo marco legal trouxe algumas modificações para a análise das incorporações de tecnologias no SUS, dando novas atribuições à comissão. Ou seja, a incorporação das tecnologias deve se dar com base em evidências de eficácia e segurança e em estudos de avaliação econômica, de custo-efetividade. Além disso, antes da tomada de decisão, ou seja da recomendação da Conitec – lembrando que a Conitec não decide, mas recomenda, por meio de uma deliberação –, a matéria deve ser levada a consulta pública, para que a sociedade possa contribuir com esse processo de análise de incorporação antes da deliberação de recomendação. A lei também definiu um prazo de avaliação de 180 dias, prorrogáveis por 90 dias, desde que justificada essa extensão, e vedou o uso de tecnologias sem registro na Anvisa e de procedimentos experimentais. Trouxe, também, a definição de protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas.

A Conitec é um órgão colegiado de caráter permanente que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições que acabei de mencionar. Sua estrutura é formada de um plenário e de uma secretaria-executiva. O plenário é composto de 13 membros: secretarias do Ministério da Saúde – presididas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Sctie; o Conselho Federal de Medicina; o Conselho Nacional de Saúde; o Conass; o Conasems; a ANS; e a Anvisa. Temos também a secretaria-executiva, que funciona por meio do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – Dgits –, que faz parte da estrutura do Ministério da Saúde e foi criado por um decreto de 2012. Essa secretaria-executiva é um suporte para a Conitec.

Após a publicação da lei e desse decreto, foram formadas três subcomissões: a Subcomissão de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, presidida pelo Dgits, da Sctie; a Subcomissão de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renam – e do Formulário Terapêutico Nacional – FTN –, também presidida pela Sctie, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica; e uma subcomissão da Renases, presidida pela Secretaria de Atenção à Saúde.

Hoje, temos diversos parceiros que colaboram conosco fornecendo notas técnicas e estudos complementares. Quando precisamos de um estudo mais aprofundado do que o que as empresas nos mandam, solicitamos a ajuda dos nossos parceiros. O Hospital das Clínicas, da UFMG, é um grande parceiro, assim como o Ccates, a Unesp, a USP e outros. Também para respostas rápidas ao Ministério Público e ao Judiciário solicitamos ajuda a esses parceiros.

Temos vários requisitos para a avaliação de tecnologia, como vocês podem ver no *site* da Conitec.

Primeiramente, quando o demandante vai propor uma solicitação de análise de incorporação de uma tecnologia para o SUS, precisa preencher um formulário de acordo com o modelo da Conitec que está no *site*. Ele assina esse formulário e o protocola no Ministério da Saúde com o número e a validade do registro da tecnologia na Anvisa e estudos de evidência científica que demonstrem que a tecnologia pautada é, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis para determinada indicação. Então, esse estudo já vem desenhado pelo demandante, que é quem paga os estudos e o leva, junto com esse protocolo, para a Conitec.

Mais requisitos seria o estudo de avaliação econômica com a comparação, ou seja, comparando a tecnologia que está pautando com as tecnologias em saúde que já estão postas à disposição no SUS se já houver alguma disponibilizada. Normalmente não se têm amostras, mas, quando se tem, são bem-vindas. O preço é fixado pela Cmed.

Temos também um fluxo que tivemos de fazer e aprender. Após essa lei que criou a Conitec, tivemos de estudar muito para que esse fluxo entrasse dentro dos 180 dias que temos de cumprir para avaliarmos a tecnologia até a decisão do Ministério da Saúde.

O demandante protocola uma solicitação de incorporação, que é um pedido para ser avaliado. Essa secretaria-executiva da Conitec analisa a conformidade da documentação. A primeira análise feita na Conitec é a da documentação, que, não estando completa, é devolvida para o demandante explicando-se o que faltou porque, se recebermos faltando documentação, certamente não cumprimos o prazo. Ele pode submeter novamente sem prejuízo nenhum desde que cumpra toda a documentação.

O próximo passo é a Conitec analisar os estudos apresentados pelo demandante e solicitar alguns estudos ou pesquisas complementares se necessário. Todos esses estudos e passos geram um relatório, um parecer conclusivo, que vai para uma primeira reunião da Conitec no plenário, que é composto dos 13 membros, que o analisarão e tomarão a deliberação de recomendar ou não aquela tecnologia. Após essa recomendação preliminar, essa matéria segue para consulta pública, onde fica por 20 dias. Se ela é muito urgente, acaba se fazendo em 10 dias, mas normalmente são em 20 dias.

A secretaria-executiva da Conitec avaliará todas essas contribuições. Essa matéria seguirá para o plenário para uma segunda reunião, na qual será ratificada ou retificada por meio da sociedade ou alguns outros requisitos que talvez não tenham sido vistos ou alguma informação interessante de sociedade, de médicos, de hospitais. Qualquer pessoa pode contribuir. Então, isso contribui muito para a próxima avaliação da Conitec de retificar ou ratificar essa deliberação.

Após todos esses trâmites, esse relatório segue para o secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, que é do Ministério da Saúde, que é quem avaliará toda essa recomendação da Conitec e acatará ou não e dará a sua decisão. Se considerar que não está necessário, pode solicitar uma audiência pública para a Conitec.

Essa matéria volta à Conitec para que seja realizada uma consulta pública. No caso, não havendo audiência pública, ele dará a sua decisão e publicará no *Diário Oficial da União*. A partir do momento em que se publica no *Diário Oficial da União*, esse relatório será complementado com avaliação, decisão e a publicação do secretário. Encerra-se um processo de avaliação de tecnologia nas vias administrativas até a decisão do secretário. Como seguimos a lei de processo administrativo, cabe recurso para as decisões do secretário. Essas decisões podem ser ainda avaliadas novamente em grau de recurso. Se ele mantiver a sua decisão, ele a publica e ela segue para o ministro. Este é a última instância de um recurso em vias administrativas. Se o ministro não acolher, vai voltar para a Conitec a fim de ser analisado ou ser feito o que ele pedir. Isso não aconteceu ainda porque todas as tecnologias que foram recomendadas pela Conitec foram acatadas pelo secretário com incorporação ou não e pelo ministro de Estado.

Esse relatório de que falei vem todo completo com as doenças, as tecnologias, análises das evidências apresentadas pelos demandantes, as evidências clínicas, a avaliação econômica, o impacto orçamentário, a busca e análise de evidências científicas complementares, se necessário, as experiências internacionais, a recomendação da Conitec, a preliminar, a consulta pública, a deliberação final da Conitec com uma recomendação, a decisão do secretário e, logo após, uma portaria publicando a decisão. Tudo isso vem nesse relatório que pode ser encontrado no *site* da Conitec, ou seja, todas as tecnologias analisadas. Nesse processo de avaliação das evidências científicas de eficácia, segurança e efetividade, há o estudo de avaliação econômica. Essa avaliação é de 180 dias, desde a solicitação até a portaria de incorporação. Como eu já disse antes, essa seria apenas a avaliação até a portaria de incorporação. O Decreto nº 7.646 trouxe essa inovação de que, após incorporado e decidido pelo Ministério da Saúde, este e as áreas técnicas responsáveis por disponibilizar essas tecnologias no SUS terão também mais 180 dias. Isso não veio na lei, mas foi assinado pela presidência da República em um decreto que regulamentou os artigos da Lei nº 12.401. Então, teriam as áreas técnicas do Ministério da Saúde mais 180 dias para disponibilizar as tecnologias no SUS.

Desde 2012, que foi o início da Conitec, até agora foi analisado um total de 424 tecnologias, sendo 265 medicamentos, 97 procedimentos e 62 produtos. Temos uma demanda de várias áreas, como oncologia, infectologia, reumatologia e outras. De janeiro de 2012, quando iniciou a Conitec, a julho de 2015, foram 123 consultas públicas, 16.416 contribuições dessas consultas públicas, 132 tecnologias incorporadas e 69 não incorporadas.

Com essas incorporações, houve um impacto total estimado em R\$2.500.000.000,00. Como eu já disse, todas essas recomendações foram acatadas pelo secretário e o ministro. De cinco anos para cá cerca de 100 PCDTs foram publicados, e, em breve, serão publicadas as diretrizes metodológicas para a elaboração de PCDTs.

Há uma página no *site* da Conitec de direito em saúde, e há um pequeno núcleo dentro da secretaria-executiva da Conitec em que respondemos e damos informações ao Ministério Público, à Defensoria Pública, aos advogados, às secretarias sobre todas as tecnologias. Antes de uma tomada de decisão ou antes de propor uma ação judicial, eles têm nos procurado.

Então há respostas às demandas por informações, e o *e-mail* disponível para o Judiciário, com uma interlocução que foi feita com o CNJ, somente para os magistrados. Antes de tomar uma decisão de liminar, os magistrados podem entrar nesse *e-mail* da Conitec e nos solicitar informações da tecnologia ou do que ela está decidindo nesse processo. Já há 44 fichas técnicas disponibilizadas no nosso *site*.

Ainda no direito à saúde, de 2012 a 2014 foram respondidas 889 demandas não por *e-mails*, mas por documentos físicos protocolados por procuradores, defensores. O Ministério Público protocola os seus ofícios no Ministério da Saúde, e respondemos tramitados pelo ministério, direto para eles. Então o campeão de busca por informações antes de se entrar com um processo, antes de se propor um processo judicial foi o Ministério Público Federal, que, em 2012, fez 90 solicitações; e, em 2014, 288. O Poder Judiciário foi o contrário: 123, 75, e baixou para 15. Isso se deve aos *e-mails* do Judiciário que respondemos. Então eles já não protocolam mais tanto. Desses *e-mails* do Judiciário, por meio da interlocução com o CNJ, já respondemos, de maio de 2014 a setembro de 2015, o total de 411 demandas; e 80,5% foram de Minas Gerais, onde se solicita muito antes de uma tomada de decisão de uma liminar. E não só de medicamentos, mas de procedimentos, produtos, seguidos de outros.

Há ainda um relatório para a sociedade. Estamos fazendo um relatório mais sucinto do que esse outro relatório, que é muito técnico. Então, juntamente a esse, estamos fazendo também e publicando no *site* o relatório para a sociedade em termos mais simples, para que ela entenda o que está sendo incorporado, como é o medicamento e como ele funciona.

Ainda há o monitoramento do horizonte tecnológico, que estamos procurando. À frente do que já está sendo registrado nos Estados Unidos e na Europa, estamos tentando buscar essas tecnologias para ter um conhecimento prévio – mesmo que não pensemos em incorporar – do que está sendo registrado fora do País.

Colocamos esse radar com o informe do *stent* bioabsorvível e alerta do Harvoni para hepatite c, que é um novo medicamento que está chegando e que está registrado fora do País.

Aqui está demonstrado o balanço da Conitec de 2012 a 2014, que está também no *site*, faz um apanhado de tudo que fizemos na Conitec desde o seu início até agora. Os nossos desafios para 2015-2018 são expandir essa rede de parceiros, melhorar a participação social, dar mais ênfase à comunicação e à transparência do processo de incorporação de tecnologias, atualizar a Rename, ter mais subsídios para os operadores do direito e a cooperação internacional.

Aí está nosso *site*. É um *site* onde há coisas muito importantes. A maior parte das informações que fornecemos ao Ministério Público e aos operadores de direito, em geral, tiramos do próprio *site*. A dificuldade deles, a gente entende, é juntar todo esse material.



Estando lá dentro, podemos pegar do próprio *site*, juntamos tudo numa nota técnica do que está acontecendo: ficha técnica tal tem ou não registro na Anvisa, tem protocolo, está incorporada no SUS, tem alternativas terapêuticas, não tem alternativas no SUS, tudo isso juntamos em uma nota técnica, a maior parte é tirada do próprio *site*.

Desculpem-me a correria, o tempo é muito curto. Estamos à disposição para o debate. Muito obrigada.

O presidente – Muito obrigado, Dra. Eliete, que deu uma contribuição muito crítica também, importante para o nosso debate. Quero falar da minha satisfação em ver os dados da Conitec, que já está em intensa atividade. É mais um espaço em que ainda temos talvez de nos referenciar mais, utilizar mais a Conitec nessa agenda. Fico feliz que Minas Gerais seja bastante demandante da Conitec.

Vou passar a condução dos trabalhos ao Doutor Wilson. Mas, antes, quero muito agradecer a presença de todos até agora, nesta Mesa, em especial, aos palestrantes e à deputada federal Raquel, que nos acompanha nesta tarde, uma das expositoras da parte da manhã.

Doutor Wilson, antes de passar a palavra a V. Exa., vou me permitir um brevíssimo comentário, já pelo adiantado da hora, do quão desafiador – falava disso aqui, de forma breve, com o Dr. Gilmar e o Dr. Bruno – é essa agenda, a despeito dos enormes avanços da ciência, das metodologias de avaliação tecnológica e das instâncias que já se colocam a serviço da sociedade nesse sentido. Há um descasamento muito grande ainda entre a realidade cotidiana dos tribunais e essa imensa produção de conhecimento.

Antes de passar a palavra ao Doutor Wilson, quero informar que o Dr. Álvaro e o Dr. João Baptista tiveram de se ausentar, em virtude dos horários dos seus voos, mas estão à disposição e responderão todas as suas questões encaminhadas à Mesa por *e-mail*.

O Dr. Álvaro colocou a questão do *stent* farmacológico *versus* o convencional, do Lucentis e do Avastin e todas as evidências da economia para a sociedade na utilização correta. A despeito dessa produção de conhecimento, continuam sendo talvez os 10, se não os mais judicializados, pelo menos na minha experiência pela passagem na secretaria. Ou seja, esse conhecimento, de alguma forma, tem de ser apropriado, principalmente, pela 1ª instância. Acho que a 2ª instância já se vale muito da articulação com a universidade, com os nossos centros de avaliação tecnológica. Mas o desafio, que é muito grande, ainda mais em um Estado da nossa dimensão, é capilarizar essas informações para a 1ª instância, em todas as comarcas. Acho que há tecnologias para isso, mas é um desafio muito grande, porque temos a produção do conhecimento, mas continuamos tendo essa situação judicializada.

Queria dar um exemplo também da própria Secretaria Estadual de Saúde. Tive notícias, por esses dias, de que o protocolo da utilização da insulina glargina vai ser revisto ou descontinuado, despadronizado. Existia um protocolo com algumas incorreções. Se não me engano, em 2011 ou 2012, fizemos um novo protocolo restritivo, baseado nas evidências que tínhamos na época. A previsão era um gasto de R\$3.000.000,00 ou R\$4.000.000,00 por ano na incorporação de Minas. Vejam os senhores: uma das motivações era, inclusive, o excesso de judicialização da glargina. Então era uma perspectiva de criar uma via, com protocolo para diminuirmos a judicialização. E o que aconteceu? De lá para cá, a judicialização aumentou, porque agora é fático que existe a glargina em Minas Gerais, e o protocolo, por ser restritivo, de certa forma ainda alertou os prescritores da possibilidade, o que aumentou a judicialização. Mesmo dentro do protocolo, a previsão do gasto saiu de R\$3.000.000,00 para R\$15.000.000,00.

Agora há um estudo da UFMG que começou inclusive na nossa gestão, em 2013. Esse estudo provocado por nós está mostrando que não há uma efetividade a médio prazo da glargina para NPH, mas com um custo efetividade absurdamente distinto. É uma discussão difícil para a sociedade, até porque hoje temos milhares de usuários da glargina. Ou seja, há uma evidência de que ela foi incorporada e, em pouco tempo, se demonstrou uma nova realidade. Queria dizer que essa questão da evidência é muito dinâmica e que a realidade impõe novas análises, principalmente de custo-efetividade. Tudo isso é muito dinâmico, mas muito distante da realidade da primeira instância e talvez seja realmente o nosso maior desafio.

A Gabriela, de Paracatu, ainda está aqui? Acho que ela já se ausentou. Gabriela, obrigado pela questão de como o Estado está se preparando para levar essas juntas ao interior, já que é lá, no município, que temos o maior número de ações. Não posso mais falar pelo Estado, pois saí da secretaria em 2013, mas acho que o César e outras pessoas que estão particularizadas na discussão com a SES podem dar notícia. A ideia inicial era levar uma junta de um médico, um farmacêutico e um procurador do Estado aos 27 maiores fóruns do Estado, que coincidiam com as nossas regionais de saúde – é mais ou menos uma coincidência –, de forma que a maioria das ações pudessem ter essa possibilidade de conciliação da via administrativa. Acho que o que está sendo articulado inicialmente é uma junta aqui, em Belo Horizonte, que seguramente vai ser exemplar, funcionar e rapidamente se capilarizar para o interior de todo o Estado.

Quero agradecer muito esta honrosa possibilidade que me foi dada de coordenar estes dois painéis; manifestar a satisfação e principalmente a possibilidade da aquisição do conhecimento, com tantas informações que pude ouvir hoje; agradecer mais uma vez aos participantes; e passar a palavra ao deputado Doutor Wilson Batista, que fará a condução do debate. Muito obrigado.

Esclarecimentos sobre os Debates

O presidente (Doutor Wilson Batista) – Neste instante, daremos início aos debates. Solicitamos aos que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensadas as saudações pessoais. Cada participante disporá de até dois minutos para fazer sua intervenção. Lembramos que a leitura e a apresentação oral de perguntas deverá ser feita de acordo com o volume de sugestões recebidas.

Debates

O presidente – Inicialmente, passaremos a palavra ao nosso amigo, Ônio Fialho Miranda, prefeito de Recreio.

O Sr. Ônio Fialho Miranda – Boa tarde. Meu nome é Ônio. Sou prefeito de Recreio. Dr. Gilmar, queria parabenizar todos pelas explicações.

Gilmar, já se falou sobre a criação das câmaras técnicas em todas as comarcas, ou, pelo menos, onde houvesse gerências regionais de saúde, porque é muito mais fácil ajuizar do ente mais próximo, que vai ser achado para ser processado. Que se chamasse o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde, porque é mais ou menos sabido que cada ente é responsável por um tipo de procedimento e quase tudo cai sobre os ombros de nós, prefeitos. Por exemplo, no início deste ano tivemos de pagar uma cirurgia cardiovascular de R\$29.000,00. Em um município de 10.500 habitantes, temos um repasse de ICMS de R\$200.000,00, um repasse de



fundo de participação de R\$400.000,00, R\$500.000,00, R\$600.000,00, um repasse do Ministério da Saúde, para manter três equipes, e o restante, de menos de R\$100.000,00.

Eu queria pedir ao senhor que os orientasse, se possível, com o conhecimento jurídico, que eles não têm, para, todas as vezes, chamar a Anaid(?), ou, antes de chamar a Anaid(?), fizessem essa câmara técnica, que vai demorar. Antevejo que, a partir do ano que vem, por questões políticas, um mínimo de coisas vai ser ajuizado sem a escuta dos órgãos por cada ente federado. Então, se ajudassem os municípios... Porque estamos gastando, como se falou hoje cedo, 29, 30, 31 por cento com saúde. Muito obrigado.

O presidente – Com a palavra, o Dr. Gilmar.

O Sr. Gilmar de Assis – Primeiramente, meu agradecimento pelo questionamento, pela brilhante pergunta. Há uma constatação de que nós, do Ministério Público, também temos a plena consciência de que o município é, realmente, nessa repartição tributária, o elo mais frágil. Tive oportunidade de mostrar durante nossa exposição no gráfico a participação do município. A contribuição que os municípios fazem hoje é cerca de 7% a mais, de uma média de tudo o que já se produziu na saúde.

Gostaria de dizer que essa orientação existe, mas, na verdade, não é tão fácil assim, porque o próprio STF decidiu recentemente pela solidariedade entre os entes federados, embora eu, Gilmar, entenda que o art. 23, sobre o qual o STF se baseou, que é cuidar da saúde, tanto a União quanto o Distrito Federal e os municípios, tem um parágrafo único que diz que uma lei complementar deverá regulamentar esse cuidar da saúde. A meu ver, essa regulamentação não é a Lei nº 8.080 nos seus arts. 16, 17 e 18. Essa é minha opinião pessoal, mas, de qualquer forma, a regra está posta no entendimento majoritário, plenário, do Supremo. Isso, infelizmente, não foi possível apresentar, em razão da troca do PowerPoint, mas deixo, presidente, e a gente expôs isso: para ontem, é preciso que criemos um banco de dados em que se possa fazer o ressarcimento entre os entes, entre o município, entre o Estado e a União, naquilo que você, eventualmente foi demandado e não tinha uma competência primária. Isso não é invenção, é da Lei nº 8.080, de 1990, no seu art. 35, salvo engano, e que não é colocado em prática. Isso não impede Minas Gerais de, no limite da sua atuação, fazê-lo em relação ao Estado e aos municípios. Quanto aos Nats, penso que não é demorado. Há uma diferenciação entre o Nat e essas câmaras técnicas de conciliação e mediação, que vêm atender a um pressuposto recente da alteração do Código de Processo Civil.

O que queremos fazer, e aproveitando que meu colega João Paulo, coordenador das Promotorias de Justiça da Macronorte, está na plenária... Foi a partir de sua experiência, João Paulo.

Queremos levar a todas as comarcas, de forma não onerosa, a implantação dos Nats para atendimento no pré-processo e no Judiciário, então, na Defensoria Pública, no Ministério Público e no próprio magistrado. É possível fazer isso. Pedimos o apoio desta Casa, que pode nos ajudar mediante uma articulação solidária. Já conversamos sobre essa hipótese.

O Sr. Ônio Fialho Miranda – Doutor, aproveito esse gancho para fazer uma sugestão à Assembleia Legislativa. Tudo é feito considerando escalas. Sabemos que o ressarcimento demora, vai para a 2ª e a 3ª instâncias, demora quatro ou cinco anos. O grande cirurgião do Hospital do Câncer de Muriaé é nosso amigo. Aqui em Minas, municípios de até 10 mil habitantes poderiam ajuizar ação de até R\$2.000,00, por exemplo; de 10 mil a 20 mil habitantes, até R\$5.000,00; de 20 mil a 30 mil habitantes, até R\$10.000,00. Ou seja, poderia haver uma escala para direcionar diretamente as ações contra o ente. A Assembleia poderia pensar nisso, pois ajudaria muito os municípios. Como uma cidade de 10.500 habitantes pode pagar uma cirurgia de R\$30.000,00? Ela não tem condições. E a situação ainda vai piorar na véspera das eleições, para a pessoa sair bem na fita. É assim que funciona a parte política. Muito obrigado.

O presidente – Entendo a angústia do prefeito Ônio. Isso ocorre com vários prefeitos. Muitos fazem até a transferência de paciente. E mesmo disponibilizando os recursos da Secretaria de Saúde, como ambulância, ainda precisam arcar com as despesas médicas. Na semana passada, o prefeito de Dona Eusébia teve de pagar uma neurocirurgia em Ubá. O procedimento é integrado ao SUS, mas ainda há restrição, fila de espera. Como a cirurgia é urgente, o prefeito acaba tendo de assumir a despesa. Nesse caso de Dona Eusébia, o prefeito Mazinho pagou a metade do tratamento, sendo que a família do paciente pagou a outra metade. Essas são as reais dificuldades nos municípios. Os procedimentos são corriqueiros, tradicionais, como uma queda acompanhada de traumatismo craniano em que o paciente precisa fazer drenagem de um hematoma cerebral; uma fatura de bacia grave em que o paciente deve ser encaminhado a um hospital ortopédico de referência, mas às vezes não consegue transferência em momento oportuno e acaba tendo de pagar médicos particulares e hospital. Realmente, temos de apoiar os pequenos e médios municípios, porque essas situações são quase rotineiras.

Vamos chamar os inscritos para as perguntas orais. Ao final, cada membro da Mesa dará a sua resposta. Chamamos a Alessandra Rates, do SOS Saúde Mental; o Fernando Antônio Dias de Andrade; a Elisiane Reis; a Patrícia Mendes; o Hélio Emiliano.

A Sra. Alessandra Rates – Minha pergunta é dirigida ao Dr. Gilmar. Na parte do controle social nas unidades básicas de saúde e nos hospitais, especialmente quanto à saúde mental, as pessoas desconhecem seus direitos. Nos seminários e simpósios dos quais participo, ouvimos dizer que existem dois tipos de cidadãos na sociedade: aqueles que têm dinheiro e conseguem advogado e aqueles que não têm dinheiro nem acesso ao direito.

Entendo, Dr. Gilmar, que há uma mea-culpa da promotoria de saúde, na parte de defesa de saúde, e dos próprios servidores públicos. Por exemplo, não há o controle social, representantes de cada distrito sanitário, comissões de saúde locais nos hospitais? Por que essas instâncias, principalmente no que tange aos representantes dos usuários do SUS, não informam a cada usuário do sistema? Nos centros de saúde, a pessoa chega e encontra informações anexadas na parede sobre tudo, menos a respeito de haver ou não o remédio prescrito ao usuário. Quando não há o remédio, o que o cidadão deve fazer? Causa-me angústia ver o cidadão com menos posse do que eu não ter essa informação. Por exemplo, chega um idoso e ele não tem a informação porque o servidor público das unidades de saúde não a fornece. O cidadão fica sem saber. Gostaria que o senhor levasse para o CAO de Defesa da Saúde, para o Dr. Bruno Alexander, para Dra. Josely Ramos, para o Dr. Nélio Dutra, essa preocupação para que possam trabalhar isso junto com os conselhos de saúde. Os representantes dos usuários da saúde têm de passar as informações para que o cidadão humilde que não tem acesso à informação possa estar em isonomia com aquele que tem dinheiro para ter acesso a um advogado. Muito obrigada.

O presidente – Com a palavra, o Sr. Fernando Antônio Dias de Andrade, da Câmara Municipal de Montes Claros.



O Sr. Fernando Antônio Dias de Andrade – Boa tarde. A minha preocupação vai ao encontro da preocupação do Ônio. Foi dito aqui, e dirijo essa questão à Mesa, sobre a falta de leitos, que é reconhecida em todo o Brasil e não somente em Minas Gerais. Temos um problema sério na região do Norte de Minas, onde Montes Claros é a capital, recebe todo o fluxo de pacientes. Não teve um fluxograma renovado. As cidades cresceram demais, mas essa pactuação não foi renovada, inclusive com número excessivo de pacientes, com o próprio envelhecimento da população e o crescimento demográfico da região e do entorno. Para se ter uma ideia, São Francisco hoje tem 50 mil habitantes. Então, essa pactuação não é renovada no Norte de Minas, não é revista nem reformulada.

A minha pergunta é justamente na direção do que vem acontecendo e massacrando, talvez, os hospitais: o extrateto. Não conheço – se existe, peço desculpas antecipadamente – o pagamento desse extrateto, principalmente pelo Estado e pelo governo federal. Então, não podemos sacrificar o atendimento de saúde, principalmente hospitalar, em prol de um deterioramento da saúde, e não só pela falta de leito mas pela falta de renovação de pactuação e melhoramento do próprio atendimento. Muito obrigado.

O presidente – Com a palavra, a Sra. Elisiane Reis.

A Sra. Elisiane Reis – Boa tarde a todos. Inicialmente, vou fazer uma pequena explanação e, depois, concluir com uma pergunta direcionada a todos os integrantes da Mesa.

Desde a manhã, estamos ouvindo falar aqui da questão da judicialização, tema desse ciclo. Aqui não se discutiu, em momento algum, o direito à saúde que o cidadão tem, que é constitucional – todos sabemos disso. Esse direito hoje é suportado, diríamos assim, 80%, 90%, pelos municípios. Sabe-se que o usuário tem direito ao remédio, ao exame, ao tratamento, às cirurgias. Com esse posicionamento do STF sobre a solidariedade, a União e o Estado saíram de cena. Vimos aqui um juiz de São Paulo – esqueci o nome dele –, que muito bem explanou sobre essa questão. Ele tem essa abertura de fazer consultas, procurar soluções paliativas, antes de conceder uma liminar.

Mas essa não é a realidade de todos os municípios. No nosso caso, no caso do Município de Campo Belo, os nossos magistrados, salvo uma magistrada mais coerente com essa questão da saúde, concedem todas as liminares, sem exceção. Aqui temos um representante da defensoria que nos disse que a Defensoria Pública busca soluções antes de judicializar o tema. Mas também não é o nosso caso, não temos uma defensoria muito aberta a essa conversa, a essa busca por soluções.

Indago a vocês: se a saúde é um direito constitucional, se o cidadão tem direito, independentemente de sexo, de raça, de idade, de condição financeira – ainda que ele possa pagar pelo tratamento, ele tem direito a recebê-lo do município –, qual é a solução para o município? Porque, se eu pensar que atender o pedido administrativo é a solução para evitar a judicialização e se o município atender a todos os pedidos administrativamente, vai levar ao mesmo fim. Ou ele atende, por via judicial, a todos, ou ele atende administrativamente a todos. Mas o impasse será o mesmo nas contas.

Estamos aqui participando deste ciclo de debates justamente porque de 2009 para cá houve essa crescente demanda. Pergunto: e daqui a 5, 10 anos, os municípios terão condições ainda de pagar essa conta da saúde, não da judicialização? Se formos optar por atender administrativamente, vamos evitar a judicialização realmente, mas vamos pagar a conta da mesma forma. Se hoje, no meu município, gastamos, a título exemplificativo, R\$100.000,00 em razão de ordem judicial e o nosso gestor resolve atender todos os pedidos administrativos, para evitar a demanda judicial, vamos ter R\$100.000,00 de conta. É a mesma coisa. São os municípios que estão pagando a conta.

Questiono a todos se existe uma resposta, enquanto município, porque acredito que não seja somente onde eu moro, em Campo Belo: qual é a solução para a saúde? Boa tarde.

O presidente – Elisiane, todos vão querer responder sua pergunta.

Patrícia Mendes, da Associação Mineira de Portadores de Doença Inflamatória Intestinal.

A Sra. Patrícia Mendes – Boa tarde, senhores. Até agora ouvimos aqui o poder público, cada um postulando a defesa da resguarda financeira do município e do Estado. Trago aos senhores a voz dos pacientes. Como representante da associação, temos um caso, que não é isolado, mas que mais nos chamou a atenção: uma paciente conseguiu uma liminar para um medicamento. Ela passou por todas essas etapas, e o juiz se convenceu de que realmente ela precisava do medicamento. Ela conseguiu a liminar, e há exatos 75 dias ela espera o remédio. A situação dela só está piorando. Nesse caso, a quem podemos recorrer?

O presidente – Sr. Hélio Emiliano, da Abas Betim. Não está presente.

Vamos dar continuidade. Nosso consultor sugere que sejam lidas todas as perguntas que foram enviadas escritas.

Vamos à primeira pergunta. Aline Esteves, da Associação Mineira de Apoio a Portadores de Esclerose Múltipla: “Como evitar a judicialização de medicações não incluídas nos protocolos de doenças raras?”. Essas perguntas estão sendo dirigidas ao Dr. Gilmar.

Filipe Teixeira, da Secretaria Municipal de Saúde de Carandaí: “Eu me deparei com demanda surreal em mandado de segurança provocado pelo representante do Ministério Público. Tratava-se de coleta, biópsia e cirurgia a serem realizadas em cinco dias. Como gestor, como devo proceder diante de demanda humanamente impossível de ser cumprida?”.

Luiz Paulo Riceputi Alcântara, de Varginha: “Gostaria de perguntar sobre o papel das recém-criadas Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde nas 13 regiões ampliadas de saúde do Estado das Minas Gerais. Qual a sua importância e atuação na judicialização da saúde, sua interação/integração com os órgãos da saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, sua participação e qual a expectativa do pacto mineiro para a instalação das mesmas?”.

Pergunta ao Dr. Bruno. Antônio Alves da Silva, da Saúde pública: “Direito do cidadão, dever do estado. Por que a Defensoria Pública não atende demandas de pacientes que têm renda acima de R\$2.000,00?”.

Pergunta ao Dr. César Vieira. Vicente Fagundes: “Além de enfrentar outros diversos problemas, as empresas de planos de saúde vêm sofrendo pesada judicialização e, com isso, convivendo com a forte possibilidade de desequilíbrio econômico-financeiro. Na sua opinião, essas empresas estão preparadas para enfrentar esse desafio?”.

Paulo Sérgio: “Na página do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, existe a nota técnica 2015, em que o paciente solicita Simeprevir e Sofosbuvir para tratar sua hepatite C. Resposta do Nats: tratamento considerado experimental. Não recomenda-se essa



associação. A Conitec incorporou essas duas medicações, mais Daclastavir com PCDT, publicado em agosto/2015”. Então, ele pergunta: “Os núcleos de apoio aos juízes também não cometem erros? Como explicar essa nota técnica?”.

Perguntas ao Dr. João Batista. Ele já foi, então ela poderá ser respondida por *e-mail*. Pergunta da Leila Silva, do Município de Barroso: “Sendo indiscutível, com base constitucional, responsabilidade solidária dos entes, não seria prudente a criação de alguma forma administrativa para ressarcimento dos municípios, caso esses sejam condenados liminarmente ou definitivamente a cumprir obrigação imposta aos estados, conforme legislação infraconstitucional? Os ressarcimentos via judicial são demorados e a necessidade dos recursos pelos municípios é urgente”.

Pergunta à Mesa. Ângela Antunes Bianchi Brito, do Conselho Regional de Serviço Social: “Como executar as ações dos mandados judiciais vinculados à saúde com formatação menos onerosa aos cofres públicos? Um dos exemplos é a câmara técnica? Quais profissionais comporiam a câmara técnica?”.

Marcos Vicente Mendes, de São Geraldo do Baixo: “O que fazer para evitar processo de improbidade administrativa quando um município de pequeno porte não consegue cumprir todas as decisões de ações relacionadas à judicialização da saúde?”. Essa pergunta já foi respondida pelo Dr. Gilmar.

Vanilda, da Associação Cultural e Social Sonho Nosso: “Como entrar em contato com órgãos de distribuição de medicação gratuita, para serem distribuídos em ambulatórios mediante apresentação de receita médica?”.

Alessandra, da Associação Mineira dos Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais: “Nossos pacientes fazem uso de vários medicamentos de uso/gasto excepcional, distribuídos pela Secretaria Estadual de Saúde, e que constam nos respectivos PCDTs. Um desses medicamentos já é distribuído há anos, genérico, sempre ganhava as licitações. O mesmo não faz efeito, sai inteiro nas fezes. Conseguimos, anos atrás, por meio do Ministério Público, o recolhimento do lote adquirido pela Secretaria Estadual de Saúde. No ano seguinte, nova licitação, e o mesmo laboratório ganhou. E ganha todo ano. E o não efeito continua acontecendo. O laboratório já teve vários medicamentos recolhidos pela Anvisa, já foi punido, interditado e teve o certificado de boas práticas negado. Como proceder? O que podemos fazer, como representação de pacientes?”

Pergunta da Sra. Maria Cristina, da Secretaria de Saúde: “Como conciliar a absorção tecnológica com a realidade prática? Por exemplo, o *stent* farmacológico está incluído na tabela, mas não há fornecedores desse produto para o SUS”.

Também gostaria de fazer uma pergunta à Sra. Eliete, da Conitec, relativamente a uma proposição de lei da Assembleia Legislativa, de nossa autoria. É uma lei autorizativa ao Estado para incorporação dos testes genéticos para pacientes de alto risco de desenvolver câncer. Alguns estados já têm feito essa mesma proposição, e a Sociedade Brasileira de Mastologia também nos provocou nesse sentido quando Angelina Jolie descobriu ser paciente de alto risco. Várias pessoas em sua família já tiveram câncer, ela fez o teste que comprovou a positividade, e tomou algumas medidas cientificamente comprovadas – retirada das mamas, uso de alguns fármacos que diminuiriam o risco e vigilância rigorosa. Aqui no Brasil há anos já utilizamos o teste genético BSA1 e BSA2 para familiares e pacientes em que há indício de se ter um dano genético na família e o risco de se desenvolver câncer.

Minha pergunta é: há possibilidade de esses testes genéticos BSA1 e BSA2 serem incorporados aos procedimentos do SUS? Se forem incorporados pelo SUS, em Minas Gerais a nossa proposta de lei é restritiva, ou seja, somente para mulheres que comprovadamente tenham indicação do geneticista: a família em que dois parentes de primeiro grau já foram acometidos de câncer de mama ou ovário antes dos 50 anos; ou três parentes de segundo grau já tiveram câncer antes dos 50 anos. Esse é o grupo de risco, são as mulheres que têm grande possibilidade de ter um erro genético e, se o teste der positivo, elas podem fazer um tratamento alternativo. Se for negativo, elas deixam de conviver com o temor de ser paciente de alto risco.

Considero esse teste de extrema importância para essas pessoas que vivem com a fobia de desenvolver câncer em qualquer momento de sua vida porque estão vendo várias pessoas na mesma família serem acometidas do mal. Esse é um teste que sabemos ter uma importância muito grande para esse grupo de mulheres. Minha pergunta é se esse teste tem possibilidade de ser incorporado pelo SUS, e sendo, se pode ser restritivo ou o teste deve ser estendido a todas as mulheres que gostariam de se submeter.

A senhora pode responder a essa pergunta, e em seguida às perguntas do público.

A Sra. Eliete Maia Gonçalves Simabuku – Quanto a esse teste genético, em primeiro lugar eu precisaria verificar se está sendo analisado pela comissão da sociedade. A Conitec, como já expliquei, não age proativamente, mas demandada. Ou seja, por uma área interna do Ministério da Saúde ou pelas empresas, sociedade ou hospitais. De qualquer maneira deveria haver uma solicitação para ela analisar e disponibilizar esse teste. E nesse caso, quando se pede uma solicitação, seja da empresa ou do Ministério da Saúde, vem, ou para a população em geral, dependendo dos estudos, ou para um nicho, um grupo de pessoas. Depende muito dos estudos solicitados.

Quando uma solicitação é feita por uma empresa ou mesmo pelo Ministério da Saúde, isso vai para a população em geral ou para um nicho, um grupo de pessoas, dependendo dos estudos solicitados.

Agora, qualquer pessoa, desde que cumpra as exigências legais, pode fazer solicitações à Conitec. É mais difícil que isso venha da sociedade, por causa dos estudos, mas também temos pouquíssimas solicitações de hospitais e universidades. Eles não pedem, não solicitam. Quem solicita são somente as empresas e as áreas internas do Ministério da Saúde. Daí, têm de ser os estudos solicitados pelos parceiros e pelo próprio Ministério da Saúde, mas esse caso seria mais de uma política, de um programa do Ministério.

O presidente – Faremos essa solicitação por meio da Assembleia Legislativa e da Sociedade Brasileira de Mastologia, através da presidência da regional de Minas Gerais, a partir da semana que vem.

Peço atenção a isso, pois acho que tem uma importância imensa para as pacientes que convivem com esse risco. Todos já temos medo de sermos acometidos por câncer, mas, para quem convive com esse imenso risco familiar, o temor é muito maior. Há pacientes que vão diariamente ao nosso consultório, pensando no que fazer ao ver membros da família – mães, avós e irmãs – sendo acometidas de câncer e indo a óbito. Elas não querem esperar para começar o tratamento contra o câncer depois que ele já tiver se manifestado.

A Sra. Eliete Maia Gonçalves Simabuku – Nossa informação, nesse caso, é que qualquer pessoa da sociedade, especialista ou empresa produtora de medicamentos ou equipamentos pode solicitar a avaliação da incorporação da tecnologia à Conitec, mas ela tem de cumprir as exigências legais, até porque a Conitec não consegue analisar em tempo hábil – de 180 dias, como nos dispôs a lei –, se



a solicitação não vier com todas as exigências. No caso de vocês, aqui temos o Nats, o Ccates e as universidades que fazem os estudos e são parceiros da Conitec. Então, vocês podem pedir os estudos para solicitar à Conitec com as exigências legais completas, e certamente será proposto um processo administrativo para a Conitec analisar.

O presidente – Obrigado. Com a palavra, o Dr. Gilmar, para responder à pergunta da Alessandra e às perguntas escritas da Aline Esteves, do Filipe Teixeira e do Luiz Paulo.

O Sr. Gilmar de Assis – Vou tentar ser bem objetivo. O controle social é uma diretriz constitucional da participação da comunidade. Sobre tudo neste ano, o Ministério Público está absolutamente articulado e engajado com o Conselho Nacional de Saúde. Os colegas participaram das conferências municipais e, recentemente, da conferência estadual. Entendemos que a Resolução nº 453, do Conselho Nacional de Saúde, pode e deve ser a instância recursal de canalização das demandas de controle social, sobretudo ou em especial daquelas que não foram homologadas, discutidas e aprovadas pela plenária, em face do gestor. Acho que o controle social realmente tem de ser valorizado. Hoje temos o Acórdão nº 1.660 do Tribunal de Contas da União, que nos manda observar algumas regras absolutamente necessárias, como a paridade dos segmentos na sua proporcionalidade, a presidência nata, o instrumento de criação e a secretaria-executiva, para dar autonomia. Então, a questão não está passando despercebida por nós, embora não seja uma matéria de exclusividade do Ministério Público, mas do sistema de saúde. Isso é importante para que possamos discutir cada vez mais um controle social eficiente.

Obrigado, Fernando, vereador da Câmara Municipal de Montes Claros. Você foi muito preciso na sua questão. Temos feito alguns monitoramentos, inclusive provocando a Secretaria de Estado de Saúde quanto à necessidade de revisão desses protocolos e fluxos, desse desenho de rede, sobretudo nas urgências e emergências. Porque, a nosso ver, já precisam e demandam isso, seja pela insuficiência dos recursos de PPI, seja pelo corredor assistencial que fazem cada vez mais a população desses municípios para o grande município-polo da região como referência a fim de dar essa assistência.

Sr. Presidente, até visualizamos, e temos visualizado, aliás, mostraremos para vocês como realmente esse desenho está equivocado. Isso está formalizado. Por exemplo, na Macrorregião Nordeste, com sede em Teófilo Otôni – só por amostragem –, são seis sedes de microrregião. Em nenhuma dessas microrregiões, salvo Teófilo Otôni, há um prestador hospitalar referência porte 2. O que significa isso? Significa que a rede vai financiá-lo com R\$200.000,00 em vez de R\$100.000,00. Mas o que muda na assistência e na prática quanto a isso? Significa que deixará de ter plantões alcançáveis para obter plantões presenciais na cirurgia-geral, clínica médica, pediatria, anestesia, obstetrícia e ginecologia. Como não temos, o que acontece? É feito novamente um corredor assistencial, buscando os plantões presenciais em Teófilo Otôni ou Montes Claros. Qual é o custo disso para o sistema? Quase nenhum. Qual é o risco sanitário para os usuários? Muito risco pelas grandes distâncias. Imaginemos Águas Formosas, que fica a 250 km de Teófilo Otôni e onde não tem um prestador na sua micro de porte 2, ou seja, pôr mais R\$100.000,00 lá. Então, pela falta desses plantonistas e serviços, o usuário é obrigado a deslocar-se, inclusive com veículos inapropriados, ambulâncias e vans, para Teófilo Otôni e Montes Claros. Urge para ontem a revisão desse desenho, sobretudo das redes de urgência e emergência, a fim de enfrentarmos essas iniquidades. Gostei demais da sua ponderação.

A Elisiane Reis, de Campo Belo, nossa vizinha, está coberta de razão. É preciso discutir e pensar do ponto de vista da saúde, da assistência. Agora, eu estava conversando com um colega aqui do lado. Sei que é frio e duro o que vou dizer, gente, mas, do ponto de vista processual, e não da relevância pública do direito que estamos a postular, é mais um processo, o que significa dizer que as procuradorias dos municípios também têm de se qualificar para contrastar eventuais questionamentos ou demandas que, às vezes, estão absolutamente, como estávamos questionando aqui, surreais. Já falamos aqui hoje que nem o promotor, nem o juiz, nem o defensor, nem o advogado, até há pouco tempo, não estudamos esse direito sanitário na faculdade. Não é, Dr. Tadahiro? Isso é algo novo para nós. Por isso estamos com esse esforço enorme de saturação de Nats, de câmaras técnicas, etc., para qualificar a judicialização. Agora recomendo... Isso é muito importante. Com todo o pesar, temos percebido também muita fragilidade nessas defesas técnicas, a ponto de não fazer eventualmente uma ação regressiva para efeito de ressarcimento em face do ente que não foi demandado – primariamente ele foi demandado naquilo que não era dele –, até que se construa uma solução política e institucional de cima para baixo que, a meu ver – sou bastante franco e me desculpem a franqueza –, não interessa como agenda nacional. Vocês pensam que o Conar, que representa todos os secretários de Estado de Saúde, e o Ministério da Saúde têm interesse em regulamentar um banco nacional da judicialização que possa levar o ressarcimento entre os entes? É evidente que não. Quem vem sofrendo com isso? Os municípios. Então, temos de ter voz no Cosems, no Conasems, e no próprio Conselho Nacional de Saúde, para invertermos esse processo, que, a meu ver, é absolutamente iníquo e realmente tem batido muito forte no planejamento de vocês.

Agora também vou traduzir aqui – e isso é tese do Gilmar, e não do Ministério Público: existe ponderação de valores na área do direito. Da mesma forma que existe um direito valor da judicialização como acesso à Justiça em que foi posta a demanda, há, por outro lado, uma total liberdade como valor de se questionar, aliás, a reserva orçamentária e se a questão estava prevista nos planos municipais de saúde, na lei orçamentária e na programação anual de saúde. Isso são instrumentos de gestão, e não fui eu quem os criou, mas a Constituição, a Lei nº 4.320 e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Então, esses são valores que podem ser discutidos, e isso é salutar porque, quanto mais discutimos essa eventual antinomia ou contradição, mais enriquecemos o debate e mais soluções bem construídas e mediadas podem resultar desse processo.

A Patrícia, da associação e que representa a voz dos pacientes, diz que há mais de 75 dias, por decisão liminar, um medicamento foi dado à paciente, mas ele ainda não foi conseguido. Nessas situações, embora haja singularidade, a decisão judicial deve ser cumprida. Abro um parêntese, aproveitando o grande ensejo de estar na Casa, na Assembleia Legislativa, aliás vendo aqui a Maria Cristina, que há pouco tempo estava na Narjs – continua, Maria Cristina? –, e quero dizer que temos em Minas algo inédito no Brasil: o Núcleo de Atendimento das Demandas Judiciais – Narjs. Ele é novo. Não tínhamos isso. Então, as probabilidades das tensões e confrontos antes da construção do Narjs eram enormes, pois queriam prender o prefeito e responsabilizar as pessoas por improbidade, omissão ou bloqueio. O Narjs precisa ser fortalecido, visto e empoderado como instrumento da própria sociedade, porque o que ele faz hoje em um prédio de quatro andares na Avenida Brasil? Levaram para um único ambiente os profissionais da regulação, da assistência, da



compra, da central de regulação e do jurídico. Todas as demandas judiciais, mandado, liminar ou tutela caem no Narjs. O que acontecia antes? Eles caíam na Advocacia-Geral do Estado, que não tinha uma visão assistencial. Quando ela percebia a demanda, já haviam passados muitos dias.

Então, deixo o apelo à Assembleia Legislativa, na pessoa do deputado Doutor Wilson Batista, para que possamos valorizar e fortalecer o Narjs, que a meu ver vem fazendo um grande trabalho e reduzindo essas tensões. Ele vem fazendo cumprir casos como este que nos foi colocado, de um medicamento com 75 dias sem ser fornecido ao paciente. Nesse caso, a liminar chegaria ao Narjs, que faria a sua articulação necessária.

Também abro um parêntese, aproveitando o questionamento brilhante do presidente Doutor Wilson Batista sobre a questão da oncologia. A meu ver precisamos reparar uma outra iniquidade com os municípios. Se entendemos que a oncologia é um tratamento integralizado, é um pacote integral e é de uma política primariamente da União, sobretudo em razão do Instituto Nacional do Câncer – e temos hospitais que são habilitados como Cacons ou Unacons –, penso eu que é uma absoluta iniquidade o que estamos fazendo com os municípios aos destacar desse pacote a sua responsabilidade de bancar, arcar com os exames de estadiamento oncológico. Isso está levando a morte os nossos pacientes com câncer. Acho que devem custear isso são a União e o estado, em uma lógica da integralidade oncológica, e não os municípios. Sabem por quê? Porque a sua PPI é insuficiente. Temos vários municípios em Minas Gerais com um exame de tomografia por ano. Então, se o paciente ficar na fila para se submeter a uma tomografia oncológica em razão do pedido médico, vamos matá-lo. Acho que é bom pensarmos sobre isso.

Da Aline: “Como evitar a judicialização de medicações não incluídas nos protocolos de doenças raras?”. Confesso que essa não é uma pergunta fácil de responder, mas apostaria na singularidade. Não há uma caixinha onde você uniformiza todos os casos de judicialização no SUS. Por exemplo, esses protocolos que não existem, mas há registro na Anvisa? Então, abrimos muito o questionamento: há registro na Anvisa, mas não existe o protocolo? Ou não há o registro na Anvisa e também não há o protocolo e aí passa a ser um experimental?

Para cada uma dessas respostas, em razão da singularidade, há um encaminhamento ou um posicionamento. Mas, a meu ver, traduzo aqui que o próprio Supremo também entendeu que, mesmo havendo protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, não significa que eles são estanques. Significa que eles são referências, significa que eles são preferências para que possamos dotar e olhar essa política pública dentro do sistema.

O Filipe Teixeira, da Secretaria Municipal de Saúde de Carandaí, falou dessa demanda surreal, provocada pelo Ministério Público, de que se deveria fazer, em cinco dias, coleta, biópsia e cirurgia oncológica, o que seria impossível de ser cumprido. Claro que seria impossível cumprir. Então volto ao mesmo questionamento: não temam a discussão democrática dentro da regra de um processo. É perfeitamente possível trazer ao Judiciário, como regra do contraditório, as razões técnicas a subsidiar ou modificar a decisão de que aquele eventual procedimento pode inclusive trazer uma seqüela ou um risco sanitário desnecessário. Aqui, na verdade, não foi decisão do Ministério Público. Se foi mandado de segurança, na verdade foi provocação do Ministério Público, e já com uma decisão liminar do magistrado, o que está passível inclusive de recurso.

Já houve casos, por exemplo, de decisão de se fazer cirurgia bariátrica. Vamos matar o paciente. Então o risco sanitário tem que ser colocado para mostrar que nem sempre temos de cumprir a ferro e fogo. Lógico, podemos deixar de cumprir na regra do contraditório e da ampla defesa dentro do processo, por meio dos recursos, das estratégias, de uma defensoria ou procuradoria qualificadas para discutir essa demanda.

A penúltima, salvo engano, Luiz Paulo Alcântara, de Varginha, por *e-mail*, que nos reporta sobre as coordenadorias regionais, a sua importância, a sua participação nas CIR, CIRA e CIB, e a expectativa para a instalação das mesmas. Hoje está instalada a coordenadoria regional da Macro Norte, mas ainda sem a estruturação por falta de orçamento. Não temos ainda o orçamento – está ali o colega – para fazer a estruturação necessária na Macro Norte, que são, salvo engano, 91 municípios - não é, João Paulo? Uma coisa assim. Mas já estão instaladas, com estruturação, a coordenadoria regional das promotorias da região Sudeste, com sede em Juiz de Fora; da região Oeste, com sede em Divinópolis; e agora estamos criando também a da região Leste, com sede na região do Vale do Aço – a sua coordenadora estará em Timóteo; e da região Sul, que estará em Alfenas. São 13, mas para isso demandamos orçamento. Eu ficaria a tarde toda destacando as vantagens e a importância dessas coordenadorias. São muito relevantes porque elas têm o perfil de serem multiplicadoras dessa estratégia de uma atuação resolutiva do Ministério Público, onde estamos priorizando as demandas coletivas. Sei disso pelo próprio João Paulo, que tem feito as suas diligências – apesar de não estruturadas em Janaína, em Janaúba –, fazendo as estruturações necessárias para que possamos ter uma uniformização de entendimentos.

“Como executar mandados judiciais vinculados à saúde, com formatação menos onerosa aos cofres públicos? Um dos exemplos seria a câmara técnica? Quais profissionais a comporiam?” Sim, aposto muito nessas câmaras técnicas, que estou chamando ou optando, como o Nats, no exemplo que tomamos emprestado do colega. Queremos fazer isso, buscaremos o apoio da Assembleia Legislativa, e já adianto ao senhor em que sentido: acho que isso será uma coisa inédita. Queremos ver se a Assembleia Legislativa entra conosco nesse projeto, emprestando a sua TI para que construamos também a rede Nats. Vamos tentar levar a criação desse Nats em todas as comarcas e, por meio da TI da Assembleia Legislativa, criarmos uma rede Nats, em razão de que esses pareceres certamente nos fomentarão um melhor planejamento epidemiológico, que refletirá na nossa atuação no dia a dia.

Salvo engano, agora é a última mesmo: “O que fazer para evitar o processo de improbidade administrativa, quando o município de pequeno porte não consegue cumprir todas as decisões de ações relacionadas à judicialização da saúde?”. Primeiro, às vezes dá-se a ideia de que a judicialização da saúde em face do município significa que o gestor pode, em razão da decisão judicial, abandonar os processos próprios da Lei nº 8.666, ou da Lei nº 101, de responsabilidade fiscal.

Não pode. Então, obviamente, na mesma lógica do PPAG, gestão 2012-2015, ele tem de ter os seus recursos previstos para cumprimento de sentenças judiciais em orçamento, para que possa fazer o empenho e a aplicação. Portanto, não descuidem disso, porque é muito importante. Aliás, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, em conversa recente, vem monitorando inclusive



essa – vamos dizer assim, entre aspas – “cobertura de cumprimento de determinadas etapas”, por decisão judicial, mas sem o lastro desses instrumentos de gestão que as respectivas outras leis também de responsabilidade sanitária assim exigem.

A última: “A judicialização da saúde decorre de maior acesso ao Judiciário e à informação pela população. Os convênios e acordos são importantes para que as decisões judiciais sejam baseadas em evidências e justas para o caso concreto. A judicialização parece ser um caminho sem volta, sobretudo porque os recursos disponibilizados para a saúde tendem a diminuir com a atual crise. Cabe ao Executivo melhorar a aplicação dos recursos financeiros, insuficientes para atendimento de toda a demanda, buscando alcançar maior número de pessoas. O senhor concorda com essas afirmações?”. Concorde. “Se sim, qual é o papel do Ministério Público na melhoria da aplicação dos recursos da saúde?”. É o que estamos fazendo. Não foi possível divulgar aqui, hoje, mas é uma excelente ferramenta da mediação sanitária. Foram realizadas 74 reuniões, e temos percebido, ou induzido a isso, uma cultura de que nem o Ministério Público nem a defensoria nem o magistrado nem a OAB, de forma estanque, pelo poder da caneta, faz saúde. Da mesma forma que entendo que não faz saúde, de forma solitária, o próprio gestor. Então a mediação sanitária leva à criação desses espaços compartilhados, em um ambiente de solidariedade, entendendo que, como o sistema é único, tanto o de Justiça como o de saúde são corresponsáveis por seus resultados. Aí respondo, concretamente, que o Ministério Público, nessa lógica da mediação, tem discutido os problemas e as causas que levam a essa fragmentação, insuficiência, deficiência ou à própria judicialização, com o próprio Ministério da Saúde, Cosems, prestadores, enfim, todos os atores, para que a gente possa achar uma solução. O nosso lema é que mais importante do que responsabilizar sem solução de problemas é buscar a solução com uma responsabilização coletiva.

Encerro trazendo as minhas considerações finais, aplaudindo novamente a Assembleia Legislativa, em especial os seus organizadores aqui presentes, deputado Doutor Wilson Batista, 3º-secretário da Assembleia Legislativa; deputado Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde; deputado Antônio Jorge, presidente de uma outra e importante comissão na área de combate e controle ao álcool e drogas, o que também é um grande desafio, por este ciclo de debates. Penso eu, e a gente já está acostumado a articular de forma solidária com os diferentes atores, que esse é o caminho. Não vamos nos conformar. Sabemos que Minas Gerais, apesar de tudo isso que estamos discutindo, é ainda o estado que tem mais capilaridade, mais instrumentos e ferramentas, visando a essa judicialização refletida ou estruturante para que a gente possa racionalizar esses recursos. Mas entendo que há muito para se fazer ainda. E aí acho que a Assembleia Legislativa contribui muito, então a parabenizo. Posso afirmar aqui que isso é desta atual legislatura. Na outra legislatura, não tivemos essas oportunidades ou este ciclo de debates, onde a sociedade pudesse discutir aqui um problema que nos é muito caro e acaba desaguando naquilo que é o objetivo de todos nós, ou seja, a melhor saúde, o melhor resultado para o nosso destinatário comum, o usuário do SUS. Muito obrigado.

O presidente – Com a palavra, o Dr. Bruno Barcala para responder às perguntas que lhes foram dirigidas.

O Sr. Bruno Barcala Reis – Obrigado, deputado. Há uma pergunta especial a mim dirigida, feita por Antônio Alves da Silva: “Saúde pública, direito do cidadão, dever do Estado. Por que a Defensoria Pública não atende a demandas de pacientes que têm renda acima de R\$2.000,00?”. Não sei dizer quem passou essa informação ao Sr. Antônio. Ele está presente?

Sr. Antônio, é o seguinte: essa informação se encontra equivocada. Não sei como o senhor a recebeu, mas hoje existe uma norma interna na Defensoria Pública que regulamenta o atendimento ao cidadão. Quando é analisada a renda individual, essa renda é correlata a três salários-mínimos, ou seja, daria R\$2.3000,00, e, se for familiar, a cinco salários-mínimos, R\$3.900,00. Entretanto, há gastos que são considerados nesse cálculo, ou seja, se a pessoa tiver uma renda um pouco maior, mas tiver esses gastos específicos, pode-se levar em consideração e haver atendimento. Os gastos com saúde, com pensão alimentícia e com contribuição previdenciária oficial são valores considerados. Se o senhor não foi orientado dessa forma, faço questão de conduzi-lo lá numa oportunidade com, inclusive, quem chefiou o atendimento aqui, porque alguma coisa de errada aconteceu, para corrigir essa incongruência.

Há demais questões que são atinentes à minha fala. Estou na dúvida quanto ao nome, se é Eliziane ou Elisângela, de Campo Belo. Agora fiquei na dúvida, e ela acabou de se ausentar. Acho importante considerar que, quanto ao que foi questionado, a nossa intenção, realmente como expus na fala principal, é que o nosso projeto-piloto de atuação da defensoria seja expandido para todo o Estado. Para que isso seja efetivado, há necessidade de ampliação do termo de cooperação. Há necessidade de uma participação da Secretaria Estadual de Saúde e das secretarias municipais em alguns casos. Daí essa nossa praxe de atendimento, de atuação será difundida. O nosso interesse é difundi-la por todo o Estado de Minas, a fim de que busquemos primeiramente, em todas as comarcas, as soluções administrativas e a efetividade desse trabalho.

Quanto a esse peso que é repassado aos municípios, isso realmente é muito complicado, porque, como sabemos, os municípios são os entes financeiramente mais fracos nessa prestação da saúde pública. Por isso mesmo, orientamos diversos colegas que nos procuram no sentido de relacionar no polo passivo, quando ajuizar a ação – pelo menos, no nosso caso, não é possível incluir a União – o Estado e o município, a fim de que haja uma divisão nessa prestação, nesse atendimento. Inclusive, se houver o entendimento, a total convicção de que a responsabilidade realmente é do Estado de cumprir aquela atenção, por que não incluir, no polo passivo, apenas o Estado, já que a sua condição de cumprir a ordem é maior, o peso, a sobrecarga será relativamente menor?

Outra coisa que é muito importante ressaltar e é até mesmo uma discussão que eu e o Dr. Gilmar conversamos: enquanto não existir a tão sonhada câmara de compensação para efetivar esse ressarcimento, os entes que se sentirem prejudicados devem, sim, por meio de suas procuradorias, usar de ações regressivas para se vir ressarcidos dos valores que tenham arcado de forma excessiva. É lógico que vão demorar a receber? Sim, a tese é a de que um dia receberão. Então, de alguma forma, há uma compensação, não é?

Quanto aos trabalhos realizados aqui, hoje, realmente gostaria de parabenizar esta Casa pela iniciativa; considerar o quanto esse tipo de atividade é relevante e enriquecedora para todos os participantes, não só para o público, mas para nós que aqui temos a palavra; e nos colocar à disposição para sempre que o tema for colocado em debate. Muito obrigado pela atenção. Boa noite a todos.

O presidente – Aproveitado que estamos com a Dra. Eliete, da Comissão Nacional de Incorporação de novas Tecnologias – Conitec –, que é um órgão também que assessora o Ministério da Saúde. A pergunta da Elizaine foi simples. Quando o município recebe uma ação judicial para pagar um tratamento médico, uma cirurgia de alta complexidade, que seria de competência da União, mas há



urgência, necessidade de dar aquela resposta em pouco espaço de tempo, às vezes, fica difícil de acionar a União para arcar com os gastos.

Acho difícil, até para mim, que sou médico e que, há 15 anos trabalho pelo SUS, e também para os usuários entender essa fragmentação dos SUS, que era desenhado como Sistema Único de Saúde e que agora deixa de ser único e passa a ser múltiplo. O paciente tem de entender o que é procedimento de média complexidade, de baixa complexidade, de alta complexidade e quem tem responsabilidade em cada uma das esferas de atendimento. É difícil isso para o paciente. Fico pensando se não teria condições de se estruturar um SUS que fosse único. Como foi dito aqui o dia todo, saúde é atender o cidadão em sua necessidade. O paciente deve fazer apenas cirurgias necessárias e deve evitar os exageros de indicações cirúrgicas desnecessárias, exames desnecessários e procedimentos caríssimos para atender a interesses financeiros. Excluindo todas essas aberrações, que sabemos que oneram o SUS, esse sistema não poderia ser único.

Convivi na Itália, por uns dois anos, com o colega Umberto Veronesi, que era um dos gigantes da mastologia no mundo todo. Ele havia sido ministro da Saúde na Itália e dizia que, na Itália - apesar de não ter um sistema com toda a complexidade do Brasil -, se o paciente chegasse no hospital pelo sistema de saúde público, o familiar poderia ir embora para casa com seu carro e voltar só quando o paciente tivesse o diagnóstico esclarecido e o tratamento feito. Ai, sim. Entendo que o paciente está indo para o hospital resolver sua doença. No Brasil, isso é totalmente diferente. Gasta-se muito com diversos atendimentos, e a maioria deles não são conclusivos. O paciente chega com uma suspeita de doença no hospital, passa dias ali e volta para casa sem ter esclarecido o diagnóstico e sem ter sido proposto nenhum tratamento para ele. Ai, ele vai em outro hospital, tem outros atendimentos e nada de esclarecimentos, nada de tratamento. Ele vai para outra cidade, percorrendo diversos caminhos do SUS, sem nenhuma resolutividade. É isso que fico imaginando. São gastos desnecessários, e o paciente convivendo com a doença, e a doença se agravando a cada dia.

Então, não teria como o SUS ser único? Gostaria que o Ministério da Saúde também pudesse colaborar com isso. O paciente tem ali uma necessidade, não interessa se é de média ou de alta complexidade. O paciente precisa fazer o tratamento. Ele vai fazer o tratamento, depois tem a auditoria do SUS, tem todo um processo de avaliação para saber se foi feito o que o paciente precisava, e, aquilo que foi feito, tem de ser pago, compartilhado no município, no estado e no governo federal, para eliminar essa complexidade toda, essa incerteza e essa dificuldade.

Agora convivemos com o teto. Imagine o teto para quem tem uma doença a ser tratada, e já extrapolou esse valor. Você tem de aguardar uma nova oportunidade de se tratar. Esse teto foi extrapolado como? Com quais tratamentos? Por que eu, que estou doente, estou acima do teto? Fica difícil para o usuário do SUS, para os gestores de saúde, hoje, entender e atender os pacientes na sua real necessidade. O que os pacientes buscam? É um atendimento, é um tratamento, e pronto. Vamos auditar, vamos fazer o que é necessário para o paciente e pagar o que foi feito, adequadamente, diferente do que é feito hoje.

Em algumas áreas do SUS não há fila. Um paciente com insuficiência renal crônica, por exemplo, não enfrenta fila, trata assim que comprovou o problema, começa a fazer hemodiálise diariamente sem dificuldade alguma. Esse procedimento é pago de acordo com o custo; o pagamento é equivalente. Nas outras áreas da saúde onde o que se paga é muito abaixo do custo, o paciente enfrenta fila. Se ele não tem disponibilidade para acompanhar uma doença renal antes que ela se torne irreversível, não encontra um especialista no SUS para atendê-lo. Não temos um especialista para evitar que muitos pacientes sejam encaminhados a um tratamento definitivo, irreversível e caro, porque faltam atendimentos intermediários com bons resultados.

Imagino que um dia possamos chegar a um consenso e dar aos pacientes aquilo que ele realmente necessita, sem que precise recorrer à Justiça. Hoje também gastamos com a via judicial. Também me preocupo com as pessoas que não têm disponibilidade e conhecimento para ativar a Justiça. Vejo muitas pessoas desesperadas em corredores de hospitais, numa UTI, precisando de cirurgia. Algumas me perguntam: "Doutor, preciso transferir o paciente." E às vezes eu digo que isso é difícil, que não estamos conseguindo fazer transferência. Peço-lhes que procurem o Ministério Público ou a Defensoria Pública, mas recebo má resposta: "Doutor, tenho de sair do hospital e procurar o fórum, onde nunca entrei? Nunca procurei a Defensoria Pública nem sei onde funciona." Muitas pessoas humildes não podem recorrer às vias judiciais, porque isso é muito difícil para elas, e acabam preferindo vender o que possuem, desfazer-se de tudo para pagar a cirurgia e resolver o problema.

O meu pensamento é ajudar a construir um SUS um dia. Espero caminharmos nessa direção. Senão, todo ano, faremos um fórum como esse. Os números serão maiores, o sofrimento enfrentado serão piores. É esse o cenário que vejo. Esta discussão está sendo válida exatamente para expormos todas as mazelas com que convivemos diariamente.

O Sr. Fernando Antônio Dias de Andrade – Para trazer-lhes uma contribuição, informo-lhes que criamos lá na cidade um projeto de minha autoria, a ouvidoria descentralizada. Então, deixo um conselho para o Ministério.

O presidente – Caminhando para a finalização, passo a palavra à deputada federal Raquel Muniz, para em breve, fazer suas considerações finais.

A Sra. Raquel Muniz – Primeiramente, agradeço aos palestrantes. Cada um de nós que passamos por aqui seja como observador, atento a todos os palestrantes, com certeza saímos daqui mais capazes para voltarmos para nossas bases.

Cumprimento o nosso presidente, Doutor Wilson, a quem digo que, na nossa cidade, a maioria é médico, como o atual prefeito, Ruy Muniz, o Dr. Mário Ribeiro, grande prefeito e irmão do Darci Ribeiro, o Dr. Pedro Santos, o Dr. Alpheu de Quadros. Acho que os médicos, às vezes, participam da política porque se cansam de ficar cuidando de um a um no consultório. Como prefeito, eles podem cuidar de muitos de uma vez. Nesta Casa não é diferente; vários deputados são médicos, inclusive o nosso presidente, o presidente dessa comissão Dr. Arlen Santiago, que insistiu muito para que eu estivesse aqui. E eu lhe agradeço.

Minha cidade está muito bem representada aqui, por meio da Comissão de Saúde, do vereador Fernandão Anjo do Futuro, do Dr. João Paulo, que se debruçou sobre o assunto que foi hoje motivo da minha fala de manhã também e, agora, do Dr. Gilmar, que tem contribuído muito para a saúde.

Finalizando, cumprimento o Dr. Gilmar e, por intermédio dele, lembro uma frase que, às vezes, as pessoas falam: "Médico acha que é Deus e os juristas têm certeza disso". Hoje ouvi uma coisa diferente aqui, vi essa discussão com excelentes palestrantes de São



Paulo, médicos experientes na saúde, mas com uma humildade incrível para discutir no mesmo nível, médicos e juristas. Se não soubéssemos que o Dr. Gilmar é da área jurídica, poderia até passar por alguém que entende muito de medicina, que questiona, sim, um relatório, um pedido médico, mas com uma grandeza e com uma humildade incríveis. Temos de aprender que o SUS ainda não completou a maioria e que é um excelente programa não só para o Brasil, mas é modelo para o mundo também. No entanto, temos de aperfeiçoá-lo, e com o diálogo.

Sinto, agora como deputada federal, que a minha cidade, por intermédio do Dr. João Paulo, da nossa secretária de Saúde, da prefeitura, de todos os entes lá relacionados a esse segmento, que temos conseguido, sim, diminuir a judicialização, mas enfrentamos uma coisa rara: a judicialização entre o Estado e o Município. Precisamos retomar esse diálogo para, urgentemente, resolvermos isso, pois em Montes Claros nasceu o SUS e deu exemplo disso. O conselho lá é forte, participante, portanto tem de ser ouvido. Esta Assembleia tem de ter uma participação nisso, bem como a nossa Câmara dos Deputados – por que não dizer? –, e estou lá representando o Estado.

Levo daqui de hoje e, certamente, de amanhã, quando terei também a oportunidade de falar como representante da CPI das Máfias de Orteses e Próteses, esse exemplo de Minas Gerais para a Câmara dos Deputados. Com certeza quero a colaboração de muitos de vocês aqui que mostraram para o Brasil que a saúde tem jeito e quem dá o jeito, como disse de manhã, é cada um de nós, usuários do SUS, todos aqui. Se acontecer um acidente conosco aqui na saída, Deus nos livre disso, alguém vai chamar o SAMU e, aí, vamos utilizar o Sistema Único de Saúde, que tem de ser eficiente para atender a todos nós. Esta é a forma como tem de ser o SUS: capaz de atender a cada um de nós de maneira igual. Muito obrigada.

O presidente – Agradecemos as palavras da deputada Raquel Muniz.

Com a palavra, o Sr. Tadahiro Tsubouchi, presidente da Comissão de Direitos Sanitários da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Minas Gerais, para suas considerações finais.

Solicitamos que seja um pouco mais breve porque, daqui a alguns minutos teremos, uma nova reunião neste plenário e a equipe de apoio tem de prepará-lo.

O Sr. Tadahiro Tsubouchi – Só gostaria de dar uma informação aqui que vem ao encontro de um questionamento. Poucos devem saber que há duas decisões no Brasil a respeito de ressarcimento. Há uma no Estado do Rio Grande do Sul e uma do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, de 2010, em que o Município de Varginha demandou contra o Estado de Minas Gerais para haver o ressarcimento de decisões judiciais. O Município de Varginha foi condenado e, tecnicamente, apesar de ter cumprido, entrou contra o Estado de Minas Gerais. A terceira decisão que ainda está por vir é de Santa Catarina. Então, já há previsão, como o próprio Dr. Gilmar expôs, na própria Lei nº 8.080, art. 35, inciso VII. Em 1990, já foi pensado o ressarcimento, de alguém executar o serviço em nome de um terceiro e tecnicamente existir essa compensação.

Então, é uma situação que não é reinventar a roda, rediscutir, mas colocar em prática. Aqui mesmo nesta Mesa, o Dr. Gilmar, o Dr. Bruno, pela defensoria, já tentamos algumas reuniões, chamando a União para dividir a conta. A verdade é que a discussão fica entre o Estado e o Município, mas o grande financiador da saúde, que é a União, nunca comparece. Então, mais uma vez, não precisamos de legislação, nem de boa vontade, mas de aplicação. O regramento já existe. Essa decisão a que me referi é de 2010. É de um desembargador egresso do Ministério Público, Dr. Alberto Vilas Boas. Quem entrar no *site* do TJMG vai verificar lá. Basta jogar a expressão “Varginha ressarcimento”, que vão pegar essa decisão que já existe.

No mais, presidente da Mesa, agradeço essa participação. Na verdade, nessa discussão, vimos que cada vez mais a saúde está entrando na Justiça, costume dizer que ela está ficando no banco dos réus. Temos de, tecnicamente, convergir as nossas discussões, mas, principalmente, as nossas efetividades. Muito obrigada.

O presidente – Com a palavra, a Dra. Eliete para suas considerações finais e para responder à pergunta da Vanilda.

A Sra. Eliete Maia Gonçalves Simabuku – Parece-me que a Vanilda não está mais aqui. Respondendo à Vanilda, seria muito interessante que ela encaminhasse a sua pergunta por *e-mail* - vou passar agora o nosso endereço –, porque me parece que essa pergunta não é de competência da Conitec. Teríamos de nos informar melhor. Ela perguntou como entrar em contato com órgãos de distribuição de medicação gratuita, tipo amostra, para ser distribuída em ambulatórios, mediante apresentação de receita médica? A quem procurar? A quem pedir esse auxílio para ajudar a população de regiões menos favorecidas? O ambulatório é filantrópico. O que poderia dizer a ela, com base no que conheço, é que aqui há a Farmácia Popular, mas precisamos de receita para retirar um medicamento. Cada paciente, cada pessoa tem de chegar com a sua receita. Há medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e outras doenças, além de medicamentos em que se paga um valor irrisório na sua compra. Agora, quanto à distribuição com receita médica, pegar medicamento para distribuir em ambulatório, desconheço qualquer coisa sobre isso.

Sobre qualquer questão de interesse da plateia, podem entrar no *site* www.conitec.gov.br e usar o instrumento Fale com a Conitec. Todas as respostas são dadas num espaço curto de tempo. Seria muito interessante usar o “Fale com o Conitec”, que vai direto. Quanto àquilo que não nos diz respeito, direcionamos para a ouvidoria do SUS, que cumpre muito bem o papel de resposta, até porque hoje há a Lei de Acesso à Informação. Então seria muito interessante usar esses canais.

Vimos, num levantamento, que, das 411 questões respondidas por *e-mail* para os magistrados, antes de uma tomada de decisão de liminar, o SUS já fornece várias tecnologias e alternativas terapêuticas. Muitas tecnologias que nos são demandadas ou pedidos de informações se referem a um receituário de marca de medicamento, e o SUS disponibiliza isso por princípio ativo. Então percebemos e damos essa resposta porque ficamos imaginando quantos pacientes estão deixando de ser atendidos porque o SUS não vai disponibilizar por marca. Em várias respostas que damos, que eu mesma dou dentro da Conitec e também por *e-mail*, para os magistrados, há alternativas no SUS, só que pelo princípio ativo. Então, há coisas que realmente precisam ser judicializadas, mas há várias tecnologias em que, com certeza, o paciente está deixando de ser atendido. E o paciente poderia ser atendido com medicamentos com a mesma classe farmacêutica. Se formos olhar por marca, fica difícil porque eles são caríssimos. Dessa maneira, ele realmente não vai poder comprar, e o SUS disponibiliza o mesmo medicamento.



Minha mãe mora em Ribeirão Preto. Ela teve um problema sério de coluna e foi ao médico do SUS. Ele lhe deu uma receita. Ela tinha ido várias vezes e já estava tomando muitos medicamentos. Quando foi agora, nesses dias, minha irmã me ligou e disse: “nossa, receitaram um medicamento para a mãe muito caro, a gente não vai conseguir comprar”. Eu perguntei qual medicamento era. Ela me deu o nome dele, e eu busquei mais informações sobre esse medicamento.

Pesquisei e vi que se tratava de determinado medicamento que minha mãe já tomava há muito tempo. Aquele era um medicamento de marca, mas era o mesmo medicamento que ela tomava pelo princípio ativo e não precisamos comprar nada; ela continuou tomando o mesmo.

Gostaria de conversar depois com o Fernando, a quem peço desculpas por não ter tempo de dar uma resposta completa. Parece que sempre fico por último, mas eles têm de arrumar o Plenário, porque daqui a pouco se fará outra reunião aqui. De qualquer forma, vocês realmente têm de procurar informações do Ministério da Saúde, que tem, sim, interesse em informar toda a sociedade, por meio dos *sites* da Conitec e do próprio ministério, por exemplo. Procurem as informações, porque às vezes não conseguimos alcançar a todos, mas aqueles que chegarem até nós certamente terão suas respostas. Minha apresentação ficou na Casa e pode ser solicitada por quem tiver interesse, até porque é uma apresentação pública, tirada do *site*. Não há nada sigiloso nela; todos os dados são públicos. Podem contar conosco para qualquer informação; quando não soubermos ou não for da nossa competência, vamos direcioná-los para a área competente.

Com todas as falas de hoje, parece não haver relação entre a negativa sobre a entrada de uma tecnologia no SUS com a judicialização da saúde. Esse tema é complexo e merece uma análise aprofundada, a fim de que se identifiquem as suas causas reais, que podem ser de variadas ordens, desde a falha em dada política pública de saúde às preferências de um prescritor ou mesmo à influência dos laboratórios farmacêuticos. Temos de ter o cuidado de, quando recebermos um receituário, questionar o médico, em seu atendimento, e também os nossos advogados – classe de que também faço parte, apesar de trabalhar com direito em saúde. Temos de tomar o cuidado de pedir essas informações antes, pois de repente não precisaremos nem instaurar um processo, como já fazem os Ministérios Públicos Federal e Estadual, que, muitas vezes, certamente deixam de instaurar um processo, em função das muitas informações que procuram.

Agradeço o convite à Casa para participar deste evento que está sendo brilhante e que amanhã certamente será ainda melhor, trazendo-nos muitas informações. Obrigada.

O presidente – Agradeço à Dra. Eliete e peço desculpas a todos que não tiveram suas perguntas respondidas neste momento, em função do nosso tempo. Mas suas perguntas poderão ser respondidas também por *e-mail* ou pelo *site* da Assembleia Legislativa: www.almg.gov.br.

Encerramento

O presidente – A presidência manifesta a todos os agradecimentos pela honrosa presença e, cumprido o objetivo da convocação, encerra a reunião, convocando as deputadas e os deputados para a especial de logo mais, às 20 horas, nos termos do edital de convocação. Levanta-se a reunião.

ATA DA 29ª REUNIÃO ESPECIAL DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA, EM 15/9/2015

Presidência do Deputado Arlen Santiago

Sumário: Comparecimento – Abertura – Ata – Destinação da Reunião – Composição da Mesa – Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos – Palavras do Presidente – Exibição de Vídeo – Palavras do Deputado Doutor Wilson Batista – Palavras do Deputado Antônio Jorge – Registro de Presença – Palavras do Sr. Renato Luís Dresch – Palavras do Deputado Doutor Jean Freire – Palavras do Sr. Sebastião Helvécio – Palavras do Sr. Antônio Júlio – Exibição de Vídeo – Palavras do Sr. José Maurício Lima Rezende – Palavras do Sr. Fausto Pereira dos Santos – Registro de Presença – Palavras da Deputada Federal Raquel Muniz – Esclarecimentos sobre os Debates – Debates – Encerramento.

Comparecimento

– Comparecem os deputados e a deputada:

Hely Tarquínio – Doutor Wilson Batista – Antônio Jorge – Antonio Lerin – Arlen Santiago – Cabo Júlio – Celise Laviola – Doutor Jean Freire – João Leite – Sargento Rodrigues – Wander Borges.

Abertura

O presidente (deputado Arlen Santiago) – Às 9h15min, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra o 2º-secretário para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

Ata

– O deputado Antônio Jorge, 2º-secretário *ad hoc*, procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

Destinação da Reunião

O presidente – Destina-se esta reunião à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde, que possui os seguintes objetivos: debater o cenário atual da judicialização da saúde no Brasil à luz dos direitos consagrados na Constituição Federal e do modelo assistencial proposto pelo SUS; discutir o princípio da integralidade, norteador do acesso à saúde no Brasil, procurando refletir sobre a possibilidade de sua delimitação; avaliar o impacto da judicialização na gestão das políticas de saúde nos orçamentos públicos e seus resultados para os usuários; buscar a qualificação da judicialização da saúde, fortalecendo parcerias e iniciativas para a estruturação de uma rede de apoio técnico ao sistema de justiça que auxilie a tomada de decisão para a resolução de demandas judiciais; e debater alternativas para o aprimoramento da gestão e do financiamento da saúde, especialmente no que se refere ao acesso à informação sobre normas técnicas e protocolos e à estruturação e divulgação de procedimentos para o acesso à saúde, buscando reduzir a demanda pela judicialização da saúde no Brasil.



Composição da Mesa

O presidente – Convidamos a tomar assento à Mesa os Exmos. Srs. Fausto Pereira dos Santos, secretário de Estado de Saúde; e desembargador Renato Luís Dresch, representando o desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes, presidente do Tribunal de Justiça do Estado; a Exma. Sra. deputada federal Raquel Muniz; e os Exmos. Srs. Sebastião Helvécio, conselheiro-presidente do Tribunal de Contas do Estado; José Maurício Lima Rezende, presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde; Lincoln Lopes Ferreira, presidente da Associação Médica de Minas Gerais; Antônio Júlio, presidente da Associação Mineira de Municípios – AMM –, prefeito de Pará de Minas e ex-presidente desta Assembleia Legislativa; deputado Doutor Jean Freire; e deputados Doutor Wilson Batista e Antônio Jorge, coautores do requerimento que deu origem a este ciclo de debates.

Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos

O presidente – Após as palestras, abriremos espaço para a apresentação de perguntas aos componentes da Mesa, por escrito ou oralmente, e de outras enviadas pelo formulário disponível no portal da Assembleia Legislativa. Para melhor organizarmos o debate, os participantes poderão encaminhar suas perguntas por escrito, no formulário próprio que está sendo distribuído pela equipe de apoio. Aqueles que desejarem fazer sua intervenção oralmente devem especificar isso no formulário. Informamos que os telespectadores da TV Assembleia também poderão participar. Basta acessar o portal da Assembleia – www.almg.gov.br – abrir o link com o formulário de participação e enviar sua contribuição.

Palavras do Presidente

Ressalto que estamos muito satisfeitos com algumas experiências exitosas que estão sendo feitas e agradecemos a presença de todos e de todas. A Comissão de Saúde esteve em Montes Claros, e temos o intuito de andar por todo o Estado. No entanto, agora já estamos começando a ficar bastante sufocados. Aliás, o Ministério Público de Divinópolis vai realizar uma reunião sobre a judicialização da saúde no dia 17, às 9 horas, e eu já tenho uma série de outros compromissos, por isso peço ao deputado Antônio Jorge que pense na possibilidade de representar a Comissão de Saúde nessa reunião, em Divinópolis.

Em Montes Claros, por exemplo, há uma experiência exitosa. Foi criado pelo membro do Ministério Público, Dr. João Paulo, que está presente, a quem agradecemos muito a participação, e também pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Ana Paula, um grupo de assessoramento ao Ministério Público e ao Judiciário. Com isso, as demandas que têm chegado do Ministério Público estão sendo resolvidas, ficando praticamente perto de zero.

Há demandas judiciais em Montes Claros? É lógico. A saúde está um caos no Brasil inteiro. A tabela do SUS há 10 anos, 15 anos, não muda. Os equipamentos são em dólar. Só este ano houve mais de 100% de mudança no dólar. Só na energia elétrica, houve mais de 60% de aumento, acarretando esse caos que vivemos, infelizmente, no nosso país.

A questão da judicialização da saúde acaba sendo uma necessidade para a pessoa exercer sua cidadania, visto que lhe tem sido negados direitos fundamentais que estão no art. 196 da Constituição, que é o direito universal, integral, à saúde. Com isso, cada vez mais a população vem exercendo sua cidadania e acaba tendo de ir buscá-la porque ela está sendo-lhe negada.

Antes de continuarmos, gostaria de parabenizar a imprensa do Brasil e de Minas Gerais, que está focando no tema da saúde pública, no caos e, como diz o Lincoln, no apagão que estamos vivendo. Ontem esta Casa homenageou a TV Record, que fez uma série de matérias extremamente importantes.

O governo federal, no ano 2000, era responsável por 59,8% dos recursos do SUS, mas simplesmente cruzou os braços e se afastou disso, chegando a 2011 com 44,7%. Jogou o restante, 15%, para as prefeituras, que estão gastando 20%, 25% ou 30%; jogou isso principalmente para cima dos usuários mais carentes, que enfrentam a morte e o sofrimento.

Exibição de Vídeo

O presidente – Agora gostaríamos de pedir à nossa assessoria, que tem brilhado neste debate sobre a judicialização da saúde, para passar uma matéria nacional, divulgada ontem no *Bom Dia Brasil*, e uma segunda, de hoje. A Maria Cláudia já a está recebendo. Mostraremos a matéria para avaliarmos o problema e vermos que realmente ele é nacional. Ontem conversei com a Natália, que faz a pauta da TV Record nacional, com o Gustavo, diretor-presidente da TV Record aqui, em Minas Gerais, com o André Ramos e com o André Werlang. Ela me perguntou a qual hospital poderia ir para ver o caos da saúde. Dissemos-lhe que poderia escolher qualquer hospital público federal, como o Hospital das Clínicas e o Hospital das Clínicas de Uberlândia, que não tem nem algodão para passar álcool em uma pessoa para pegar a veia, como vimos no depoimento dos seus diretores. O Inca deveria nortear a questão do tratamento do câncer. Realmente a população está partindo para a judicialização, buscando cidadania e criando duas filas, pois não havendo recurso, não há como os hospitais fornecerem o tratamento adequado. Vamos passar a matéria.

– Procede-se à exibição do vídeo.

O presidente – Meus amigos, vemos essa situação com frequência, é isso que a população está vivendo, ou seja, enfrentando graves problemas. Havia uma funcionária do Ministério da Saúde, uma médica paulista, Dra. Patrícia Chueire, que depois pediu demissão e foi estudar nos Estados Unidos. Eu e a Dra. Patrícia nos encontramos algumas vezes no Ministério da Saúde, colocando o que íamos fazer. Conforme a tabela do SUS, são pagos R\$23,00 por uma biópsia de tireoide. Por uma biópsia de mama, R\$68,00. Em Minas Gerais, devemos agradecer uma ação realizada pela Secretaria de Estado de Saúde. Provocada por nós e pela Sociedade Mineira de Mastologia, a secretaria criou um programa complementar à tabela do SUS para cuidar um pouco mais da saúde da mulher em Minas Gerais. Foram alocados 14 caminhões de mamografia, que foram a todas as cidades que tinham um índice menor de realização de mamografia para fazer o exame *in loco*.

Depois disso, fez-se a organização dos hospitais cadastrados pelo Ministério da Saúde para cuidar do câncer e que não estavam conseguindo fazer as biópsias para receber R\$68,00, pois só a agulha custa R\$100,00. A secretaria estipulou então que pagaria R\$1.000,00 para fazer a biópsia, o anatomopatológico, o imuno-histoquímico, que é um exame essencial em relação ao câncer de mama e para pacientes em tratamento há 30 dias. Com essa medida, houve mudanças radicais no perfil do tratamento do câncer de mama em Minas Gerais e o custo final foi barateado.



Se a mulher passa a ser diagnosticada antes, ela faz a cirurgia e, às vezes, apenas a radioterapia, resolvendo o problema. Não tem que morrer de câncer, e o contribuinte não tem que ficar pagando quimioterapia paliativa, o povo não tem que ficar sofrendo. Esse programa é de extremo sucesso.

Estamos preparando um projeto para que seja publicado em uma revista de impacto internacional a fim de mostrar como era o tratamento do câncer de mama. O Hospital Dilson Godinho, em Montes Claros, está fazendo essa pesquisa, com a coordenação do Dr. Gustavo Nader Marta, que é do Icesp e do Sírio-Libanês. Lá será levantado o estadiamento em que as pessoas chegavam antes desse programa e o estadiamento depois da implantação.

Para se ter uma ideia, a princípio, em 2011, foram feitas 70 cirurgias de câncer de mama, sendo 90% em estádios avançados, Dr. Sebastião Helvécio, em T3 e T4, que não têm mais cura. Em 2014, foram 343 cirurgias de câncer de mama no Norte de Minas, sendo 90% em estádios T1 e T2. O impacto foi muito grande. Parabenizamos o deputado Antônio Jorge, na época secretário, que foi sensível a esse programa, que é um grande sucesso.

Agradecemos também ao secretário Fausto, porque a ideia, a princípio, era acabar com esse programa. A Comissão de Saúde conversou com a secretaria e imediatamente ela resolveu mantê-lo. Ontem, o Pedro, subsecretário, disse-me que o programa, que havia saído do ar, já estava voltando.

No dia 30, a Comissão de Saúde receberá a subsecretária Maria do Carmo para falar desse programa e de outros. Por quê? Ali, vimos um paciente com problema na próstata com o diagnóstico e com a primeira consulta marcada para outubro. Como fazer a biópsia do câncer de próstata se o Ministério da Saúde paga R\$68,00 na tabela e a agulha custa R\$100,00?

Em janeiro, estive na Califórnia, no maior congresso internacional de câncer gastrointestinal. Alguns países estão impactando com programas de prevenção do câncer intestinal. Fizemos um projeto-piloto e o entregamos ao secretário Fausto duas vezes. No dia 30, pediremos à Maria do Carmo para ajudarmos à administração da Secretaria de Saúde, que, com certeza, é do Fausto. Com isso, vamos diminuir o sofrimento das pessoas; queremos a prevenção sobre a qual o SUS tanto falou.

Palavras do Deputado Doutor Wilson Batista

Bom dia a todos e a todas. Saúdo a Mesa deste evento. Sou médico oncologista. Há 15 anos, trabalho no Hospital do Câncer de Muriaé, onde vivenciamos histórias muito mais tristes do que essas a que acabamos de assistir. Aqui, vimos apenas uma ilustração do que as pessoas passam quando descobrem que há uma pessoa com câncer em suas famílias.

O sofrimento é muito maior que esse, as dificuldades são muito maiores. Os tratamentos de câncer são prolongados, exigem acompanhamento, exames periódicos. Todos nós sabemos hoje da dificuldade da realização desses exames, porque existe um teto no SUS, apesar de esses pacientes terem de repetir os exames para acompanhar a doença, modificar ou não os tratamentos.

Oportunamente, no mandato passado, construímos a lei da prevenção do câncer na Assembleia, por meio das unidades móveis de prevenção, com mamografia, salas de exame ginecológico e outros exames, que foram brilhantemente implantadas pelo Antônio Jorge, que era secretário de Saúde do Estado. A importância desse programa é muito maior que a simples oferta de um exame de prevenção ao câncer, porque minimiza, extingue as várias filas que os pacientes enfrentavam no passado. Para ter acesso a uma mamografia, a paciente, inicialmente, tinha de passar por um médico, para ter o pedido desse exame. A partir daí, enfrentava uma fila para agendá-lo. Após realizada a mamografia, meses depois, tinha de enfrentar uma terceira fila, para que o médico especialista analisasse o seu exame, se era necessário ou não fazer outros. Imaginem vocês se no interior existe mastologista disponível para analisar todas essas mamografias de prevenção. Praticamente, não há; no interior, há poucos mastologistas.

Sou mastologista e oncologista, por isso sei de todas essas dificuldades. Muitas pacientes que chegavam ao nosso consultório com diagnóstico ou suspeita já tinham mais ou menos um ano ou um ano e meio. Às vezes, um tumor avançado era descoberto, e, quando conversávamos com a paciente e sua família, ela nos relatava: “Doutor, estou há meses, há anos tentando investigar e ter o diagnóstico dessa doença. A culpa não foi nossa, mas eu sempre era empurrado para uma fila, para outra, para outro município. Quando chegava lá, o aparelho estava quebrado, eu voltava”. Há diversas histórias. Aí víamos que as pacientes tinham perdido a oportunidade de cura, de fazer um tratamento mais conservador, com menos sequela, com mais possibilidades de cura. A paciente, às vezes, enfrentava um tratamento muito mais agressivo e, ainda assim, não tinha esperança de ser curada.

Então, com esse programa da mamografia, a paciente faz o exame, a equipe treinada seleciona, entre as 500 mamografias realizadas no mês, as que estão alteradas, e se dá prioridade de atendimento às pessoas que tiveram mamografia alterada. Assim, de 500 exames, 470 normais estariam excluídos de uma nova consulta, recebendo simplesmente o exame em sua casa, sem ter de fazer novos agendamentos. É uma forma não só de fazer os exames, mas também de simplificar, agilizar, tratar em tempo muito mais curto uma possível doença. É um programa que, certamente, trará enormes resultados, impactos não só na sobrevida, mas também na cura de muitos pacientes com câncer de mama.

Essas unidades móveis podem ser acopladas ainda para exames de prevenção de câncer de colo de útero e de câncer de pele e para palestras que alertam sobre os fatores de risco de câncer. Então é um trabalho que tem outras abrangências.

Interessante: há na Assembleia outro projeto de lei que considero de extrema importância hoje para a história que vimos nessa reportagem quanto a exames de diagnóstico de câncer. A lei federal de 2013 garante o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico confirmado, que é a biópsia. Mas há essa história de tratamento de câncer em fase avançada no Brasil: 60% a 70% dos cânceres no Brasil são tratados em fase avançada, porque o diagnóstico é tardio, ou seja, os pacientes tiveram enorme dificuldade, enfrentaram filas enormes para ter acesso ao diagnóstico.

Então, o mais importante é criar uma lei que determine que os pacientes com suspeita de câncer, que têm de realizar algum exame de prevenção e de diagnóstico inicial do câncer não fiquem aguardando por mais de 60 dias para a realização desses exames. É preciso estabelecer um período, um tempo limite para que o prazo de realização de exames de um paciente que está investigando um câncer não ultrapasse 60 dias – diferente do que ocorre hoje no Brasil, onde o paciente fica com pedido de exame de câncer por anos para ser feito. Muitos nem fazem e, quando o fazem, é por meio da rede privada. Essa lei seria muito mais efetiva, traria muito mais



resultado, traria redução da mortalidade se fosse estabelecido um tempo limite para a realização de exames em pessoas que estão investigando o câncer, e que esse prazo não ultrapassasse 60 dias.

Propusemos essa lei na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, mas todo processo legislativo sofre uma certa morosidade. Espero que neste ano ou até na metade do próximo ano, aprovemos essa lei em Minas Gerais estabelecendo um tempo limite de tolerância para realização de exames em pacientes que estão investigando doença neoplásica. A princípio, parece que isso vai gerar um impacto financeiro. Ao contrário. Quando se descobre a doença no início, além de possibilitar a cura ao paciente, reduzimos internações, procedimentos mais agressivos, procedimentos com medicamentos muito mais caros para tratar um câncer avançado com tratamentos paliativos, que têm custo muito mais elevado, e o paciente não se beneficia. Tenho certeza de que possibilitar aos pacientes um diagnóstico inicial, um tratamento muito menos agressivo gerará economia nos gastos da saúde.

O deputado Arlen Santiago conhece nosso trabalho na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, e todos aqui também estão cientes de que é importante apresentarmos projetos que venham ao encontro do anseio da sociedade.

Agradeço a todos pela participação neste evento. Espero que, ao fim deste evento, tenhamos angariado conhecimento para que possamos criar projetos e programas na Assembleia que sejam mais benéficos para toda a população.

O presidente – Obrigado, deputado Doutor Wilson. Estamos também lutando na Comissão de Assuntos Sociais, que, na quarta-feira feira fará a análise, em caráter terminativo, de projeto destinado a ampliar a garantia de realização de mamografia pelo SUS. Foi baixado um decreto presidencial para que a mamografia seja realizada dos 40 anos aos 69 anos. Depois, foi elaborado um outro decreto presidencial, em dezembro de 2013, retirando desse atendimento as mulheres abaixo de 50 anos, e elas representam em torno de 30% dos casos de câncer de mama. O relator do projeto, senador Dário Berger, apresentou um substitutivo que mantém a exigência de oferta pelo SUS de mamografia, pelo Faec, para todas as mulheres a partir de 40 anos. Esse projeto também já foi aprovado na Câmara Federal.

Além disso, houve uma audiência na Comissão de Seguridade, no dia 2 de setembro, que verificou que a dívida dos hospitais filantrópicos está em R\$21.500.000.000,00. Foi citado que se cumprisse aquele lançamento muito pomposo feito pelo governo federal há quatro anos, pela Presidência da República e pelo ministro Alexandre Padilha de que o BNDES financiaria os hospitais filantrópicos com juros subsidiados, da mesma maneira que faz com o Eike Batista, com a Friboi, com a Venezuela e alguns outros lugares. Isso ajudaria a diminuir esse déficit. O diretor da Santa Casa de Porto Alegre, Júlio Matos, apresentou uma proposta para que o Congresso se engajasse nesse refinanciamento dos R\$21.500.000.000,00.

Como o hospital filantrópico recebe R\$60,00 para cada R\$100,00 gastos com procedimento, está se endividando. A primeira etapa a que o hospital se submeteu foi ir ao banco. Agora não tem mais como ir ao banco. Qual é a outra etapa? Fazer como hospitais de câncer de vários lugares estão fazendo, como o Hospital Hélio Angotti, em Uberaba, que há quatro ou cinco meses não paga mais os seus médicos.

E, depois, vem o desabastecimento porque o fornecedor não entrega mais o insumo usado, que tem sofrido aumentos – e a tabela do SUS, não.

Estamos com o Congresso Nacional, tentando levar propostas. Inclusive, nesta semana, na terça-feira, estive com o presidente Eduardo Cunha: estamos preparando um projeto para que fique definido que o Ministério da Saúde não possa pagar por um procedimento menos que o seu custo e que o próprio ministério avalie qual é o custo – e ele o conhece, pois há os hospitais do Ministério da Saúde. Se você elabora alguns projetos que paguem menos que o custo, não há quem os execute porque os hospitais federais não estão fazendo isso, como vocês viram no INC.

Palavras do Deputado Antônio Jorge

Deputado Arlen, que preside esta sessão, peço licença para dispensar as formalidades dos cumprimentos aos componentes da Mesa, às notórias presenças já citadas, fazer somente uma saudação de bom dia a todos e a todas e, imediatamente, devolver a palavra para que sejam ouvidos os nossos palestrantes. Pelo adiantado da hora, acho que todos estão aflitos para ouvi-los. Obrigado, deputado Arlen.

Registro de Presença

O presidente – Parabenizamos os alunos e alunas da Escola Municipal Antônio Honório da Silva, de Betim, de 9 e 10 anos, que estão participando de uma atividade na Assembleia Legislativa que se chama Visita Orientada, da Escola do Legislativo, e também do projeto Construindo Cidadania, da citada escola de Betim. Parabéns a todos vocês. Uma salva de palmas para esses jovens que aqui estão e serão nossos futuros substitutos.

Palavras do Sr. Renato Luís Dresch

Quero apenas agradecer à Assembleia Legislativa a grandiosidade deste evento cujos debates continuam no dia de hoje. Obrigado.

O presidente – Obrigado, Dr. Dresch. Digo, mais uma vez, que o presidente desta Casa, o deputado Adalclever Lopes, um grande estadista, colocou toda a estrutura da Assembleia Legislativa para que, junto do Tribunal de Justiça, do Ministério Público, da Defensoria e do Cosems, tentemos montar uma plataforma em que sejam orientadas as pessoas. Inclusive ele colocou a GTI desta Casa à disposição do Tribunal de Justiça, para que possamos montar essa plataforma.

Palavras do Deputado Doutor Jean Freire

Bom dia a todos. Cumprimento os componentes da Mesa, nas pessoas do nosso presidente da comissão e do secretário de Saúde, Fausto – é um prazer imenso tê-los aqui. Peço desculpas por não ter estado presente ontem. Para vir hoje enfrentei 700 km da cidade de Itaobim até aqui e também duas manifestações justas e dignas contra o plantio e o transporte de eucalipto, que estão destruindo o Vale do Jequitinhonha, o Vale do Mucuri e o Norte de Minas e resultou numa morte, na semana passada. E ontem, no final da tarde, início da noite, houve uma manifestação na BR-040, devido a um acidente que vitimou duas pessoas.

Fico feliz em participar deste ciclo de debates. Nós da Comissão de Saúde temos passado por várias regiões do Estado e identificamos esse problema. E esse problema será solucionado quando juntarmos as forças. Ele não será resolvido se ficarmos



procurando culpados ou se simplesmente discutirmos a questão do financiamento, que é importante, mas não vai resolver a questão por si só.

Estivemos na Comissão de Saúde em Montes Claros, terra do presidente Arlen, e também em Uberlândia. Ontem vi uma reportagem abordando a ideia de uma mesa de conciliação – eu estava até discutindo com o presidente sobre isso. Na reunião da Comissão de Saúde em Uberlândia foram apresentados dados mostrando como as denúncias cresceram e quantas pessoas estão utilizando-se da judicialização; foi isso que o Judiciário nos mostrou lá. Já em Montes Claros o Judiciário nos mostrou o oposto, indicando como ele está colaborando para diminuir isso. E é essa a discussão que acho interessante, e fiquei feliz ontem ao ler sobre essa possibilidade de nós, Assembleia Legislativa e Judiciário, formarmos esse ambiente juntos, porque temos de encontrar outros espaços para discutir a questão da judicialização. Temos de achar outros espaços para se fazer justiça, na verdade.

Nesse pouco tempo, falou-se bastante sobre a questão do câncer, que, sem sombra de dúvida, é prioritária, mas também vejo pessoas esperarem até 100 dias, às vezes, para serem operadas de uma fratura de fêmur. Pode ser um jovem gerando gasto para o hospital, deixando de criar renda para a sua família. Na semana passada fui impedido de entrar numa unidade de saúde na cidade de Betim e comuniquei o fato à Assembleia Legislativa. Fui convidado pelo Sind-Saúde e fui impedido de exercer meu papel de fiscalizador. Mas entrei no hospital regional e vi vários pacientes com o papel na mão, já para entrarem no processo de judicialização, só faltava o médico fazer o relatório.

Isso dói muito na gente, mas temos de discutir várias questões que conduzem a essa situação. Um exemplo é quando se corta uma fila. Foi citada a questão do câncer aqui, e temos de criar leis para publicizar – é óbvio, considerando a diferença de cada caso – a lista do SUS, essa fila de espera. Por que um paciente que quebra um fêmur pode ser operado em uma semana e outro, mais ou menos nas mesmas condições, precisa esperar 90 dias? Tem alguém fazendo pedido aos políticos, aos deputados, para passar na frente na fila. É errado quem passa na frente e é errado quem faz o pedido aos políticos para fazer isso também, os dois. Onde há corrupto há corruptor.

Temos de bater firme nessa questão também, porque romper essa fila de espera para operar uma vesícula, fazer uma colecistite, operar em razão de fratura de fêmur, tudo isso vai fazer com que alguém lá na ponta entre na Justiça, porque, afinal, chega, basta. Sou médico, vivencio isso no dia a dia, e chega-se a um ponto em que o paciente pergunta: “E agora, o que fazer?”. Estamos tentando, juntos, responder a esse “o que fazer” e construir uma ideia para diminuir os custos, porque a judicialização também aumenta os custos para o SUS. Um bom debate para todos nós. Muito obrigado.

Palavras do Sr. Sebastião Helvécio

Bom dia a todos e a todas. É um privilégio estar de volta à Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, muito especialmente neste seminário em que vamos discutir um dos temas mais relevantes para a sociedade brasileira, que é a judicialização da saúde. Quero fazer uma saudação muito especial ao presidente da Comissão de Saúde, organizador deste evento, deputado Arlen Santiago, cuja história de vida nesta Casa voltada tem a defesa da saúde pública como mote da sua atividade parlamentar, dessa vez ladeado pelos deputados dessa histórica Comissão de Saúde: deputado Antônio Jorge, que até há pouco tempo ocupava a Secretaria de Saúde do Estado, portanto, com experiência não apenas parlamentar, mas também de gestor da saúde em Minas; e também os deputados Doutor Wilson Batista e Doutor Jean Freire enriquecem o quadro desta comissão, que, conforme disse, na política pública no Brasil, tem um marco. Nós, constituintes mineiros, na época da elaboração da Constituição, tentávamos criar uma vinculação de receita para o financiamento da saúde pública. E, como naquele momento não era possível ter um percentual, o constituinte mineiro teve a sábia decisão de colocar como patamar o gasto no setor de transporte e sistema viário. Então, Minas Gerais foi o primeiro Estado que, desde a Constituição, já apresenta um patamar mínimo de financiamento para a saúde.

E o tema sobre o qual a comissão pediu que discorrêssemos é exatamente a responsabilidade solidária e os impactos orçamentários da judicialização. Vamos passar muito rapidamente por esses números, e vou deixar para o final um apontamento, um juízo de razão que talvez justifique a nossa presença nesta tribuna, nesta exposição.

Esse é um ponto sobre o qual gostaria que vocês refletissem, porque Epicteto já nos alertava que as aparências são, para a mente, de quatro tipos: as coisas são o que parecem ser ou não são nem parecem ser ou são e não parecem ser ou não são mas parecem ser. Posicionar-se corretamente frente a todos esses casos é tarefa do homem sábio. Esse pensamento ilustra exatamente o terreno por onde vamos andar. De um lado temos um direito líquido e certo, que é a dignidade humana, e temos, de outro lado, outro instrumento absolutamente democrático e fundamental, que é o planejamento das políticas públicas. E nós vamos ver em que momentos há uma interface e em que momentos há superposição. Então, esta será a nossa tarefa de hoje: tentar, com a tecnologia que temos hoje, ter um comportamento de homem sábio, e não meramente de homem racional.

E essa é uma figura que eu escolhi para chamar a atenção de vocês e motivá-los um pouco. Muitas vezes olhamos um determinado objeto e temos uma primeira compreensão que não corresponde à verdade. Quem olha essa bela figura pode identificar um símbolo do Brasil, que é a arara. Essa é uma obra de um artista italiano, mas, se olharmos com um pouquinho mais de atenção, vamos ver que se trata de uma pessoa, uma mulher.

Essa outra foto, já não da arte, mas da maldade, aparentemente também é uma bela foto, uma foto do mundo selvagem que chegou a ganhar o prêmio da vida selvagem, em 2009, com essa fotografia de um lobo saltando uma porteira. Mas, para vergonha do autor, quando especialistas analisaram essa foto, identificaram uma fraude, porque, se realmente fosse um lobo selvagem, ele jamais saltaria a porteira, passaria por entre os seus vãos. Esse fotógrafo foi desmoralizado a partir do depoimento de uma pessoa que conhecia a vida dos lobos, e esse lobo foi identificado como um lobo do zoológico de Madri, que foi treinado para esse tipo de salto.

Deixo, então, dois alertas: quer seja simplesmente o domínio da arte, quer seja muitas vezes o manuseio da informação ou o falseamento dos dados, todos podem nos levar a tomar decisões equivocadas. Esse é o convite à reflexão que faço para todos nós. Que cada vez mais, no domínio desse tema complexo, que é o financiamento da saúde, possamos sempre buscar aquele ponto fundamental, que é o do homem sábio.



Na questão da judicialização da saúde, na política, podemos buscar o trabalho fundamental da Débora Maciel, que traz exatamente esse conceito básico, já devidamente exposto na palestra de ontem, pelo que vi na programação. Quero chamar a atenção para o fato de que a judicialização é o novo estatuto dos direitos fundamentais, ou seja, é uma questão que veio para ficar. Agora temos de saber fazer essa convivência em tempos hodiernos e entender, ainda mais, que as condições necessárias para o surgimento da judicialização são extremamente favoráveis ao cidadão, porque, na verdade, só se aplicam quando há a institucionalização da ordem democrática, quando há a separação dos poderes e a independência do Judiciário, quando temos uma Constituição que explicita direitos e valores, quando temos o uso dos tribunais por grupos minoritários - fundamental na democracia -, quando temos o uso dos tribunais pela oposição para frear e controlar as deliberações majoritárias, a ineficácia das instâncias majoritárias e, finalmente, quando as instituições majoritárias delegam ao Poder Judiciário o custo político de uma decisão polêmica. Então, se muitas vezes o Congresso, o parlamento, que é o lugar adequado, o altar cívico da decisão para encaminhar uma solução, não o faz... Vamos ver, no Brasil, muitas vezes, o Judiciário, por meio do Supremo, ocupando esse espaço, que legitimamente deveria ser do parlamento. Essa questão é muito interessante quando comparamos os dois grandes grupos do direito. No caso brasileiro, temos uma adaptação às leis, o chamado *civil law*, em compensação ao sentimento anglo-saxão, em que esse ativismo judicial é praticamente diário.

Feita essa pequena introdução ao tema, quero alertá-los quanto a outro ponto que já foi muito bem exposto pelos oradores que abriram a reunião: não sejamos ingênuos ao lidar com gastos em saúde. Não podemos ter romantismo ao trabalhar com um tema que é tão relevante para a sociedade mundial. Evans nos mostra que, se tivermos qualquer quantidade de dinheiro disponível, vai haver o consumo a partir dos prestadores de serviço. Ou seja, não há orçamento de saúde em que sobre recursos não executados.

O nosso querido Arlen Santiago falava de sua visita à Califórnia para participar de um congresso internacional de oncologia. Talvez a maior autoridade, o nosso ponto de referência, venha de lá, o Prof. *Aaron Wildavsky*, que, analisando o orçamento do estado mais rico, no país mais rico do mundo - a Califórnia é o estado mais rico dos Estados Unidos, onde mais se gasta em saúde -, ele chegou a uma conclusão aterradora para todos nós: os gastos em saúde podem aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis. Se não tivermos um trabalho de gerenciamento, só a saúde poderá consumir todo o orçamento disponível, porque há muitos grupos de interesses à espera da alocação desses recursos.

Outro ponto importantíssimo é a transformação das nossas estruturas de morbimortalidade: saímos das infecções para as doenças crônicas e degenerativas. Outro ponto extremamente diferenciado nessa atenção é a tecnologia médica, único caso na economia da saúde em que quanto mais desenvolvemos a tecnologia, menos economizamos, pois, evidentemente, mais diagnósticos serão feitos e haverá a necessidade de mais profissionais para a realização desses exames especializados, o que não implica a economia do órgão. Por exemplo, no caso do Tribunal de Contas, caminhamos hoje para uma tecnologia muito grande: cerca de 12 milhões de notas fiscais eletrônicas referentes a R\$58.000.000.000,00 são analisadas pela malha eletrônica a partir do cruzamento de dados, o que diminui o quadro de pessoal. Já na medicina, ocorre o contrário: quanto maior a tecnologia, maior a necessidade de pessoas para trabalhar e maior a demanda.

O Wannmacher apresenta um ponto fundamental, e não podemos ter ingenuidade nessa relação. Em seu trabalho *A ética do medicamento*, ele nos alerta que existe a influência das indústrias farmacêuticas sobre a classe médica e que essas informações pretensiosamente científicas sobre determinado medicamento já registrado podem conduzir os profissionais a incorporar o que lhes é ensinado, utilizando-se de patrocinadores direta ou indiretamente. Essa é uma ética que sempre tem que ser praticada por todos nós.

E outro detalhe muito interessante é a utilização dessa pressão para se ter direito constitucional à saúde e o apelo emocional ao Poder Judiciário para a introdução de novas tecnologias ao SUS que ainda não estão convenientemente validadas. Esses são temas importantíssimos e, no controle, devemos estar atentos a essas possibilidades.

Já temos investigado no tribunal exatamente essa situação de um pequeno número de médicos e advogados estarem envolvidos em um grande número de processos de um mesmo medicamento. Daqui a pouco, vocês terão oportunidade de verificar, por exemplo, a questão das órteses e próteses. E esse fenômeno não é brasileiro: recentemente, estive na França em uma discussão, e o jornal francês *Le Canard Enchaîné* apresentava exatamente essa mesma situação com os médicos da França: 245.000.000,00€ eram dados aos médicos pelos laboratórios sob a forma de presentes.

Isso nos leva a um trabalho feito por Milton Roemer, e temos que ficar atentos à gerência da política pública: um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar a sua própria demanda mesmo em mercados saturados, ou seja, se houver, em Belo Horizonte, uma quantidade de tomógrafos para atender à sociedade e chegar mais um, certamente esse mais um terá seu mercado, portanto é fundamental para o gestor público a regulação desses mercados e desses procedimentos.

E aqui vem um detalhe bastante novo. Terminamos agora de fazer uma auditoria operacional e verificamos mais essa assimetria, que nos preocupou muito: o Herceptin, medicamento bastante rotineiro no tratamento dos cânceres, está sendo pago pelo Brasil quase duas vezes e meia a mais que o mesmo vendido na Grécia, que, por sua vez, paga quase a metade do que é pago pela França. Hoje, então, estamos em um trabalho investigativo nesses acórdãos, no sentido de detectar o porquê de o preço internacional ser tão diferente, se é o mesmo medicamento, produzido pelo mesmo laboratório. Temos preocupação em estarmos estimulando esses preços mais elevados para o Brasil, na medida em que separamos um determinado percentual para o gasto em saúde, o que se confirma quando fazemos a comparação com o mercado internacional. Vejam como é preocupante: a linha amarela é a média internacional, e os nossos preços estão em vermelho, lá em cima, praticamente o dobro. Então, já temos um subfinanciamento, e os preços praticados para o Brasil são quase o dobro da média internacional. Estamos mostrando, portanto, que, nessa questão da globalização, também não há ingênuos.

Há pouco tempo tive a oportunidade de participar na Faculdade de Medicina da UFMG de uma tese da Dra. Karina, uma colega nossa, que mostrou esse trabalho de tratamento de câncer, o que também é muito interessante. De 2008 para 2010, 74% do valor envolvido dos gastos federais com tratamentos ambulatoriais foram na forma de quimioterapia. O que chamou atenção foi que, no caso da temozolomida, por exemplo, o tratamento completo ficava para as contas públicas, a preço de fábrica, em R\$58.000,00. O mesmo medicamento, quando utilizado para o tratamento do sistema nervoso central, tinha o valor ressarcido de apenas R\$800,00.



Como o Arlen colocou, é impossível ter alguém que tenha um custo operacional menor do que o preço de custo. Isso está nos levando hoje, como órgão de controle, ao chamado jogo de planilha.

O Tribunal de Contas tem feito esse estudo, e isso já acontecia em outros serviços. Você oferece um produto com um preço muito baixo, e ele é pouco utilizado. Em compensação, oferece um produto com um preço muito alto, e ele é muito utilizado. Então, quando fazemos a média do preço de fábrica, parece alguma coisa razoável, mas, quando vamos para o operacional, o poder público está sendo depauperado nos seus recursos. Essa é a colaboração que os Tribunais de Contas têm procurado mostrar.

Outro detalhe com o que temos de ter uma preocupação muito grande é essa questão da cultura da saúde. Percebemos que, aumentando a renda familiar, recursos adicionais são direcionados para a área da saúde. Aqui temos mais uma simetria no nosso sistema. Nesse momento de crise na saúde percebemos que, na medida em que a classe média deixa de ter seus planos de saúde e vai para o Sistema Único de Saúde, o financiamento do SUS diminui. E são dois os motivos. O primeiro é que tanto a atividade econômica, o imposto de renda e o IPI diminuem, como diminuem também as transferências. Ontem mesmo o sistema de saúde teve mais uma supressão de mais de quatro bilhões de reais. Outro fato de que não temos como fugir é a inflação médica, sempre maior que a chamada inflação econômica.

Agora passo para a parte final. Trouxe aqui um dado que gostaria de compartilhar com vocês. É o gasto total com a saúde em relação ao PIB. Tive o cuidado de atualizá-lo. São dados de 29/8/2015. Quando olhamos a situação de gasto com a saúde em relação ao PIB do Brasil, estamos em boa companhia com o mundo, num patamar em torno de dez por cento. Quando faço o mesmo gráfico com a coluna, ficamos também numa posição razoável de 8,9%, em companhia de países bem organizados, como Finlândia, Austrália e outros, e muito longe dos nossos companheiros do Brics, da China e outros. Quando faço uma comparação com o gasto mundial com a saúde, é aí que falo da questão da ingenuidade. Hoje a indústria da saúde gasta mais que a indústria bélica. Então, não podemos esperar que um mercado onde há US\$7.000.000.000.000,00 envolvidos seja amistoso, de braços abertos para colaborar com o poder público na execução dessas políticas.

Quando vejo o gasto mundial em saúde, também percebo uma situação de esgotamento. Vejam vocês que os gastos mundiais dos governos em 2003 eram de 33% e já passaram em 2011 para 35%. As contribuições sociais que eram de 25%, já passaram para 37%. Então, o que percebemos cada vez mais é a necessidade do financiamento do governo nesses gastos públicos.

E aqui temos a primeira conclusão da nossa primeira grande dificuldade. Quando faço a comparação daquele PIB em relação à nossa renda, ficamos bem posicionados, mas, quando faço a comparação com a renda *per capita*, caímos para um patamar bastante diferente. Vamos visualizar aqui de uma maneira bastante clara. Estávamos em relação à CMDE numa posição mais ou menos mediana e aqui estamos em um dos últimos lugares na fila. Ficamos, por exemplo, oito vezes menos em relação aos Estados Unidos; 4,3 em relação à Austrália, sendo que os dois eram nossos vizinhos. Isso nos mostra que temos de fazer esse controle cada vez mais, e essa é a grande decepção que percebemos no nosso financiamento.

Ao contrário do resto do mundo, no Brasil, quem está gastando mais dinheiro com o financiamento da saúde são as famílias. É o dinheiro desembolsado diretamente pelo cidadão, que já soma 53% quando adicionado ao dinheiro gasto com os planos de saúde. Por outro lado, o poder público vai economizando com menos da metade, e a maior economia no modelo federativo, visivelmente, é a do governo federal, que vai se encurtando ao longo da década, chegando agora a meros 23% daquilo que já foi 34%.

Esse é um dado que nos preocupa muito também. Quando vejo como o dinheiro é gasto, verificamos que, para os 20% mais pobres, 60% é gasto com medicamento. Então, mais uma vez, essa é uma necessidade que deve ser vista como política pública. Aliás, um exemplo disso diz respeito ao que o deputado Arlen Santiago comentou rapidamente sobre a questão da identificação precoce dos tumores malignos. Estou-me referindo a essa preocupação de se ofertarem medicamentos de qualidade no momento necessário à sua aplicação. Então essa questão de gasto com políticas públicas em medicamentos realmente deve se prioritária.

Já para a classe dos 20% mais ricos, os medicamentos representam apenas 35%. Então tratar como política pública a questão dos medicamentos usuais, na verdade, é combater essa assimetria de renda.

Finalmente, o ponto que vocês me pediram para abordar. Trago aqui números inéditos do Tribunal de Contas, que é a questão da judicialização no nosso território mineiro. O que gostaria de mostrar aos senhores para reflexão é muito importante. Quando vejo os principais gastos das funções do governo de Minas nos últimos 10 anos, percebo claramente que a maior fonte de despesas continua sendo os encargos especiais, isto é, o custo da dívida. Depois vem o maior crescimento nominal, que são os gastos com segurança pública, o que já está sendo objeto de auditoria por parte do tribunal. Estamos gastando muito mais com segurança do que com os outros setores, como previdência, educação e saúde. Aliás, hoje, uma grande preocupação na análise do gasto é verificar a qualidade, ou seja, se esse aumento do gasto está sendo medido por indicadores como relevantes. Caso contrário, a política está equivocada. É preciso ter a coragem de fazer esses apontamentos de qualidade, e não apenas de quantidade.

Vejam vocês ali, por exemplo. No nosso caso da saúde, saímos de 3,33 bilhões no início da década para 9,18 bilhões no ano passado. Então o que se percebe é que houve um esforço na década do governo mineiro, especialmente do governo mineiro, de fazer uma alocação mais significativa para a saúde. Hoje digo que o investimento em saúde ficou muito maior do que na educação. Vejam que a educação começou na década com oito e terminou com nove.

Quando fazemos essa comparação *per capita*, vemos claramente que a curva é a mesma, ou seja, na medida em que se aumenta a receita também se aumenta o gasto. Mas o gasto ainda é um gasto muito pequeno diante da necessidade. Então, uma primeira conclusão a que chegamos é que há realmente subfinanciamento do SUS, quer seja do governo federal, do governo estadual ou do governo municipal. Isso porque o valor-ano foi de R\$434,00 de aporte *per capita* para o governo do Estado. Então, como os senhores podem perceber, na década, já houve um crescimento muito grande de 125 para 434.

Muito bem. Outro ponto muito importante, que também nos chama a atenção, é onde esses gastos são feitos. Vejam os senhores que aquela primeira coluna pode parecer uma assimetria gravíssima. Vejam que o que mais cresce é a administração geral. Parece que a Secretaria de Saúde resolveu gastar dinheiro na sua atividade-meio, o que não é verdade. Aquele crescimento da administração geral é exatamente para atender à judicialização.



O secretário de Saúde, evidentemente com essa cobrança de sentenças, vai ao cúmulo de criar uma rubrica orçamentária para atender sentença judicial, como se sentença judicial fosse uma política pública. Então, ali há um gasto muito grande. Depois, quando verificamos as duas outras colunas, constatamos que o gasto em assistência hospitalar vai suplementando a atenção básica e que o resto dos outros gastos realmente têm uma relevância muito pequena.

Aqui mostra, em bilhões, o que percebemos na década: o crescimento. Já chegamos perto do número expressivo de 5 bilhões de aporte do governo do Estado na saúde, ou seja, há um crescimento nominal de 48%. Se eu não tirasse a inflação, já seria 95% de crescimento desse gasto. O que vou observar? Esse é um dado animador para todos nós. Vejam que aquele dado que estava fora de controle da Secretaria de Saúde, que era em função da judicialização, começa em 2009, no final da década, quando começamos a medi-lo no Tribunal. Era em torno de R\$34.000.000,00, e explode para R\$78.000.000,00, R\$161.000.000,00 e, em 2013, R\$328.000.000,00. Vejam que em apenas quatro anos ele saiu de R\$34.000.000,00 e foi para R\$328.000.000,00.

Nesse momento, em 2013, há uma ação muito importante – e acho que talvez seja o ponto mais importante da minha fala –, que é um trabalho conjunto, e aqui quero fazer uma homenagem ao Dr. Renato Dresch, que comanda o Conselho Nacional de Justiça, setor da saúde em Minas Gerais. Houve um trabalho harmônico de todas as nossas instituições: Ministério Público Estadual e Federal; Defensoria Pública; Tribunal de Justiça, que nos deu um exemplo à medida que os juízes passaram a ter suporte da nota técnica para qualificar a sua própria decisão; Tribunal de Contas, com o nosso sistema de inteligência monitorando a execução dessas sentenças judiciais; e os gestores – Secretaria de Saúde, juízes federais, enfim, todos participam desse fórum. E essa é a grande notícia que quero trazer nesta reunião. Observem que, em 2014, em vez de termos um crescimento – a expectativa era que aqueles R\$328.000.000,00 chegassem minimamente pela inflação a R\$360.000.000,00 –, a curva cai nominalmente para R\$221.000.000,00. É a primeira vez em Minas Gerais e um dos poucos casos no Brasil em que a curva da judicialização se reduz, mostrando que esse trabalho articulado das instituições é o caminho. Temos de perseverar nesse caminho. Vejam, portanto, que, apesar disso, ainda há um crescimento real de 379%.

Aqui é para vocês perceberem de outra forma os mesmos dados. O ano de 2014 é a marca da volta. Essa tela é só para verem como é interessante essa evolução. Se não fizermos esse controle, perderemos o juízo. A gente não vê a moça naquela arara, não vê o lobo falso pulando aquela porteira. Olhem como foi a escalada: em 2011, sentença judicial era a 15ª ação de saúde; passou a ser a 10ª e passou a ser a 6ª. Se não atuássemos de modo articulado nesse trabalho que comentei, provavelmente em 2014 seríamos a 3ª. Felizmente já voltamos para o 9º lugar. Espera-se que a judicialização exista, mas que não seja uma norteadora de gasto público. Olhem que coisa dramática: considerando todos os programas do Estado, em 2014, ainda assim, a judicialização é o 44º gasto mais relevante.

Portanto, resumindo, observem que sempre o valor é expressivo. Em 2014, essa economia do sistema de controle – por isso o Tribunal de Contas está investindo maciçamente nesse sentido – já deu aos cofres da Secretaria de Saúde uma economia ao redor de cem milhões de reais. Vamos continuar firmes e vigilantes nesse controle dos empenhos da sentença judiciária.

Aqui, da mesma forma, só para perceberem a média mês a mês. Vejam que interessante como esse controle vai diminuindo. No ano de 2013, a média era de R\$13.000.000,00 do total de gastos com sentença; R\$11.320.000,00 só com medicamentos. Em 2014, o gasto caiu de R\$14.800.000,00 para R\$12.730.000,00.

Agora quero trazer os dados que tive a preocupação de levantar até a metade do ano, ou seja, até 31/7/2015. Continuamos com o mesmo sucesso: em 2015, a média está inferior à do ano passado, ou seja, R\$11.500.000,00 de gastos com sentença e R\$10.170.000,00 de gastos com medicamentos. Esse é o comportamento em 2015. Vejam os senhores que esse estudo mostra que temos de perseverar nesse sentido. Observem que a curva de 2015 está abaixo em todos os valores, desde 2013 e 2014.

Trocando em miúdos, se não controlar, o ser humano é mau. Uma pessoa que chega a falsificar um remédio para câncer, a roubar uma carga para vender no câmbio negro e a inventar um determinado ato para faturar contra o SUS tem de ser controlada. Todos os órgãos de controle são essenciais para um mercado que envolve tantos recursos como esse da saúde.

Temos de fazer o mesmo em relação à receita corrente líquida, que, na verdade, é o que o Estado tem, pois o governo estadual, diferentemente do governo federal, não pode emitir moeda. O ponto de referência é a receita corrente líquida. De 2009 a 2014, a receita corrente líquida cresceu, em números reais, 22%; e o gasto com sentença judicial cresceu 204%. Mais uma vez, se não abrirmos os olhos, daqui a pouco, todo o recurso será usado para comprar remédios.

Essa é a comparação, que é muito interessante. Hoje debruçamo-nos muito sobre essa questão do medicamento comprado por sentença judicial e o mesmo medicamento comprado por licitação planejada e controlada. Vejam os senhores a variação: em 2013, uma compra por sentença judicial ficou na média de R\$6.069,00, enquanto a compra do medicamento de alto custo planejada era de R\$1.200,00, ou seja, cinco vezes menos. Até que ponto a sentença judicial pode interessar a compradores inescrupulosos? Isso coincide com essa ação vigorosa dos controles. O número já caiu para R\$2.758,00. Este ano esse número continua caindo e já sofreu uma redução de mais da metade.

Esses números são de outra forma: medicamentos de alto custo sofreram uma redução de 64%, enquanto medicamentos por sentença judicial aumentaram 204%. Os olhos do Suricato é o nosso programa de inteligência em compra medicamentosa. Saúdo-o, pois já há vários casos – e os apresentarei aqui – de órgãos que compraram acima do preço máximo de venda ao governo e estão devolvendo o dinheiro em razão desse trabalho investigativo.

Em relação à meta orçamentária e à meta física, fazemos um acompanhamento bem razoável, pois o número é muito expressivo, cerca de 80 milhões de unidades. Em relação aos municípios mineiros, vejo que há o mesmo quadro que percebemos do esgotamento do governo federal. Vejam o esforço: no último ano, em 2012, a média subiu de 17,8 para 19,56, e o número de 2014, que está sendo auditado, pois há alguns fazendo a sua defesa, já ultrapassará os 20%. À medida que encolhe o gasto do governo federal, aumenta-se o dos governos estaduais e municipais.

Esse projeto Suricato já foi reconhecido por um dos maiores juristas do Brasil, o Prof. Jacoby, como a ferramenta para controle em tempo real. Há alguns casos, mas citarei esse, que é público e já foi julgado. Esse foi o primeiro caso no Brasil de compra de remédio

acima do preço permitido, que teve de cumprir a sentença e fazer a devolução. Felizmente, até hoje, todos estão devolvendo; ninguém está contestando. E há outros casos semelhantes. Há outro dado importante: quase ninguém mais tem conta rejeitada por não aplicar os 15% em saúde. Hoje todos os municípios aplicam mais que isso.

Vou terminar com esse caso que vai mexer com todos vocês, mas ilustra bem a questão da política pública e o nosso olhar vigilante sobre ela. Vejam quem assina: Fairloug. É o único caso conhecido em que conseguimos ter o vazamento de uma indústria com relação à questão de gastos do poder público. Foi publicado em 2001 pelo *Wall Street Journal*, na República Tcheca. No Leste Europeu as pessoas fumam muito. O governo, vendo ali uma forma de aumentar a sua renda, começou a subir muito o imposto sobre o cigarro. A Philip Morris Notes Cigarettes verificou que o consumo de cigarro começou a cair. Então, resolveu oferecer ao governo tcheco um estudo acadêmico, um estudo científico comparando o custo-benefício do tabagismo na República Tcheca. Vejam vocês o nível de detalhamento a que chegam essas indústrias globais: comparou-se o custo de um fumante em vida ao custo de um fumante morto. O fumante em vida impacta mais o orçamento porque vai haver mais câncer de pulmão, mais tratamento imediato. Em compensação, colabora com o aumento da receita de impostos. Já o fumante morto poupa o governo dos gastos relativos ao tratamento de saúde, porque, evidentemente, o seu tempo de vida vai diminuir. Além disso, não vai haver pensão nem a necessidade da construção de abrigo para acolhê-lo. Eles fizeram a medição dessas duas colunas e chegaram à conclusão de que o governo tcheco devia continuar estimulando a população a fumar, porque o fumante morto daria para o governo uma economia de US\$147.000.000,00 por ano.

Utilizo esses dados para mostrar que não devemos ter ingenuidade ao tomar conhecimento de que existe um medicamento miraculoso. Entre os autores modernos, há um grande filósofo, que adoro, Innerarity, que chama isso de aceleração improdutiva, ou seja, estamos usando um medicamento que nos atende bem. De repente, aparece alguém apresentando um medicamento, sobre o qual foi feito um trabalho, que vai aumentar a sobrevida de uma pessoa no CTI em mais 7,2 dias. Todos querem que o poder público compre o medicamento sem ter ainda o devido estudo, a devida comprovação.

Vou convidar todos vocês para um evento, que é o primeiro do mundo e será realizado no Brasil: um seminário internacional de controle e políticas públicas. Evidentemente, como não poderia deixar de ser, vamos avaliar quatro temas importantes, e um deles é sobre a saúde. Vamos trazer especialistas do mundo para discutir essas questões. A aula inaugural será dada pelo Prof. Acemoglu, do MIT, que é o maior nome em política pública. Ele tem toda uma meta que estamos utilizando no Tribunal de Contas para fazer esse desempenho de políticas públicas. Ele vai dar a palestra inaugural no dia 6 de outubro. Em seu livro *Por que as nações fracassam*, ele trata a questão das instituições inclusivas. Qualquer instituição que tenha a visão de empoderar o cidadão é válida para a sociedade. Ele diz isso, que achei espetacular: “A ascensão brasileira, desde a década de 1970, não foi arquitetada por economistas de instituições internacionais que instruíram as autoridades brasileiras com relação à melhor maneira de criar políticas ou evitar a falência dos mercados. Não se deu, tampouco, mediante injeções de ajuda externa. Também não foi resultado natural da modernização. Pelo contrário, foi consequência da construção corajosa de instituições inclusivas para diversos grupos, que acabariam produzindo instituições econômicas mais inclusivas”.

O que vemos hoje no Brasil é exatamente isso. Se as nossas instituições – Assembleia, posso falar pelo Tribunal de Contas, Ministério Público, Tribunal de Justiça, especialmente vocês, responsáveis pela comissão de licitação de determinado município – tivessem a consciência cívica de que a sua ação individual ajudaria a melhorar o coletivo, praticariam aquilo que o Prof. Acemoglu chama de instituição inclusiva. Não devemos ficar olhando somente para a nossa carreira dentro da nossa atividade, mas olhar, fundamentalmente, para quem paga a nossa carreira, que é o cidadão. Devemos entregar um produto de boa qualidade para a sociedade, naquilo em que estivermos trabalhando.

Agradeço a oportunidade de matar a saudade da Assembleia Legislativa, discutindo esse tema tão importante. Quero dizer a todos exatamente isto: melhorar a política pública é possível.

Darei um exemplo concreto dessa dedicação articular. Eu poderia escolher aqui qualquer um de vocês, pois certamente, na Mesa, há várias pessoas, mas faço essa homenagem especial a uma pessoa. Na época, ele não era desembargador, era juiz, mas liderou esse processo de articulação. Só esse exemplo que mostrei, em um ano, conforme medição feita pelo Tribunal de Contas, oferece para o Estado de Minas Gerais uma economia superior a R\$103.000.000,00. Essa pessoa é o Dr. Renato Dresch. Um grande abraço. Muito obrigado pela oportunidade.

– No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente – Obrigado, deputado Sebastião Helvécio, pela aula brilhante. Ontem o Prof. Fernando Aith nos disse que, do governo federal, 18 ações consomem a maior parte dos recursos. Nosso amigo Sebastião Helvécio citou dois exemplos na área de medicamentos para câncer. Um é o trastuzumabe, que é usado para câncer de mama triplo negativo. É um câncer que mata muito, que é muito mais agressivo. Não há dúvidas de que esse medicamento salva vidas e provavelmente está muito mais caro do que no resto do mundo, porque a carga tributária do Brasil é realmente muito grande. Outro que ele citou é um medicamento usado para câncer cerebral, o glioblastoma multiforme. Das pessoas que têm esse tumor, 99% estarão mortas no máximo em dois anos, sendo que a grande maioria estará morta ainda no primeiro ano. Se usada a temozolamida, os trabalhos mundiais provam que se consegue aumentar a vida dessa pessoa com qualidade por dois a seis meses, com um custo de R\$60.000,00 por paciente.

É isso! O nosso art. 196 estabelece que a saúde é um direito de todos. Há provas de que melhora. Ah, mas melhora 2, 3 meses! Mas prova que melhora. Como a Justiça vai negar – uma vez que o Ministério da Saúde nega – que esse remédio seja feito para a população? Esse é um drama, conforme mencionado pelo Sebastião Helvécio.

Além disso, Dr. Sebastião Helvécio, a ONG Contas Abertas fez um levantamento do que foi feito de investimento, nos últimos quatro anos, pela secretaria que cuida da assistência à saúde, do Ministério da Saúde. O que foi feito? Em obras e equipamentos foram investidos R\$8.000.000,000, segundo a ONG Contas Abertas. Isso foi menos do que o investido nos estádios, sendo exatamente o dobro do que foi transferido pela Opas para o governo de Cuba, que foram R\$4.000.000,00.



Caro Sebastião Helvécio, como os hospitais estão muito endividados, grande parte do dinheiro a eles repassados está indo para a agiotagem pública oficial. Os bancos emprestam para os hospitais, cobrando juros de quase 20%. Um exemplo é o Hospital da Baleia, que é excelente, e pagará este ano mais de R\$8.000.000,00 de juros para o banco. É todo mundo buscando algo na saúde.

A Santa Casa deverá assinar o primeiro contrato do Brasil com o BNDES. Vamos ver que juros serão colocados! Serão os cobrados do Eike Batista? Da Friboi? Quem sabe conseguiremos os da Venezuela, em torno de 2% ao ano.

Com a palavra, o deputado Antônio Júlio, presidente da Associação Mineira de Municípios. O município é o elo mais fraco dos poderes e está sendo obrigado a pagar mais, visto que o governo federal, a cada dia, sai, e o problema fica perto dos municípios. Antônio Júlio, já estivemos na Comissão de Saúde do Ministério Público Federal tentando convencê-lo a entrar com ação contra o Ministério da Saúde para que a tabela do SUS seja reajustada. Caso seja reajustada, estou certo de que a pressão sobre os municípios diminuirá.

Palavras do Sr. Antônio Júlio

Bom dia a todos e a todas. Gostaria de cumprimentar o nosso deputado Arlen Santiago, ícone na discussão de saúde na Assembleia e em Minas Gerais, e todos os membros que compõem a Mesa.

Estava fazendo uma reflexão, principalmente da palestra do presidente do Tribunal de Contas, o ex-deputado Sebastião Helvécio. Os números estão aí, mas, quando eles são levados aos municípios, Sebastião, a história é outra. Você disse que multou um prefeito, o ordenador de despesa que comprou a mais, mas, às vezes, somos obrigados a ter esse comportamento por exigência da Lei nº 8.666. Sempre alguém vai à Justiça para embargar qualquer concorrência, qualquer licitação. Às vezes somos obrigados a comprar não pela qualidade do produto, mas pelo menor preço. Então, isso virou uma máfia nas licitações das prefeituras e precisa ser revisto. Precisamos ter a coragem de enfrentar essa situação, senão só o prefeito é que vai pagar essa conta. Até pouco tempo, o próprio governo do Estado só investia 8% na saúde, em vez dos 11% que era obrigado. Foi feito um termo de ajustamento de gestão junto ao Tribunal de Contas, para que o governo tivesse um pouco mais de prazo para se adequar às normas constitucionais.

Quanto a judicialização, deputado Arlen Santiago, o que está acontecendo no interior foi bastante discutido ontem aqui. Tanto o Ministério Público, por meio de algumas pessoas, como também o Judiciário estão tendo mais consciência na hora da decisão, porque estão acontecendo absurdos e absurdos por esse interior afora. Até me estranha muito a ausência de prefeitos. Eles foram convidados para trazer o seu testemunho do que está ocorrendo no interior, na prática, porque no discurso fica muito fácil. Quando se apresentam todos esses dados, parece que está tudo bem tranquilo, mas não é verdade. Ao falarmos de judicialização da saúde, estamos em defesa dos municípios, que estão pagando a conta do Estado e da União. O prefeito, às vezes, é notificado às 2, 3 ou 4 horas da manhã pelo secretário de Saúde, com ordem judicial, mandando que ache um CTI e interne uma pessoa, como se o prefeito tivesse autonomia de baixar um decreto, uma portaria e arrumar essa vaga. Às vezes, os prazos são curtos para se tomar essa decisão, fora a ameaça de multas pesadíssimas e não sei mais quê. O poder público municipal fica totalmente indefeso. Às vezes, quando reclamamos do Ministério Público, quando vamos lá reclamar do Judiciário, apenas jogam na nossa cara: “Isso é a lei”. E às vezes, quando é a gente que vai, ainda nos gozam: “É a lei que vocês votaram”.

Então não há sensibilidade na aplicação da legislação. O art. 196 diz que é um direito de todos, mas, infelizmente, no modelo atual, está sendo um direito de poucos. Poucos estão utilizando os recursos do município, às vezes até do próprio Estado, para serem beneficiados - e beneficiados mesmo, essa seria a palavra - no atendimento prioritário. Quando há uma fila grande, alguém tem o poder de ir ao Ministério e passar à frente, furar a fila. Doutor Jean, não é só interferência da classe política, que vai lá tentar uma vaga na frente não: a própria Justiça utiliza esse mecanismo de tirar o cara que está lá atrás. Às vezes, nem há necessidade daquele atendimento urgente, urgentíssimo, mas passa a pessoa à frente e manda, principalmente, o prefeito pagar a conta.

Vou contar um caso - e poderia trazer vários aqui: quando assumi a prefeitura, uma pessoa estava precisando de CTI. Foi uma correria danada da família, que utilizou um político para achar a vaga. Não adianta quereremos enfrentar e dizer que isso não acontece. Acontece e vai continuar a acontecer. Nós intervimos, arrumamos a vaga pelo SUS, mas a família tinha conseguido uma decisão judicial. O que aconteceu? A família exigiu que a prefeitura fizesse aquele acompanhamento por decisão judicial, pelo particular. Tomei posse em janeiro e, em fevereiro - o rapaz até morreu -, chegou a conta para a prefeitura pagar: R\$355.000,00.

É como o Sebastião falou: “Não há conta que feche”. Não existe nenhum planejamento para se fazer esse pagamento. Fui ao promotor e disse: doutor, isso aqui representa 10% da folha de pagamento da prefeitura. É muito mais do que gastamos, às vezes, com o nosso pronto-atendimento. Como conseguir trabalhar com essa judicialização equivocada que aí está?

Ontem houve algumas palestras interessantes de pessoas que estão tentando encontrar uma saída para que possamos fazer o comitê de gestão dessas ações. Outra coisa que está acontecendo, e ninguém está fazendo conta, Sebastião Helvécio, é o custo dessas ações. Ninguém faz conta disso. Se formos a um juizado especial, veremos quantos processos estão lá e que não havia necessidade daquela ação. Mas isso tem um custo, isso emperra a Justiça, mas ninguém faz essa conta. Parece que é mais fácil dar uma decisão: “Que se vire o prefeito e que se dane o mundo”.

Precisamos ter mais coragem de fazer essas discussões. Acho que nós, prefeitos, teríamos de fazer uma movimentação para tentar mudar a legislação. O art. 196 da Constituição Federal traz que saúde é um direito de todos, mas não diz quem vai pagar a conta. Só o município vai pagar? O município está carente e passa por tantas dificuldades para sobreviver porque o art. 196 não especifica quem paga essa conta. O atendimento primário é do município. E aí ninguém fala nada. Podemos dizer que o atendimento primário do Estado de Minas Gerais hoje é quase de excelência. Todos os municípios estão investindo no atendimento primário. Tanto que hoje ninguém fala nada do atendimento primário. Até esse programa do governo, Mais Médicos, deu resultado. O cidadão começou a receber o atendimento primário, que é obrigação do município, e o município, com todo o sacrifício que vemos aí, tem tentado prestar esse atendimento à população. Mas, quando o paciente necessita da alta complexidade ou média complexidade que deveria estar bem definida, de quem é a responsabilidade, de quem é a obrigação? Não se define. Primeiro, notificam o município, mandam a conta para o município, e, se o município quiser, que ele se vire para discutir no Tribunal de Justiça quanto àquela decisão, e o prefeito é que tem de se virar. Quanto isso custa para o município? Falo pelo nosso Município de Pará de Minas, onde tivemos de contratar cinco



advogados para cuidar apenas da judicialização da saúde, e mais uma estrutura administrativa para dar suporte aos advogados para poder nos defender de ações que não têm o mínimo sentido. Hoje ainda temos a Defensoria Pública, que se voltou também a prestar esse serviço equivocadamente. Em vez de tentar um acordo, de chamar o secretário e dizer que está precisando daquele medicamento, não fazem isso. E nunca nos furtamos de obedecer a essa decisão. Falo aqui pela minha cidade. Mas preferem a judicialização. Até onde vamos com isso?

Os dados apresentados pelo Sebastião são científicos e devem ser analisados, mas, quando se melhora o índice da saúde, é às custas do município. Os municípios estão apavorados. Os prefeitos de cidades pequenas estão apavorados porque recebem, Sebastião Helvécio e Fausto, uma ordem judicial às 4, 5, 3 horas da manhã. Não sei como o oficial de justiça arranja tanto tempo para ir de madrugada atrás de prefeito. Parece que isso dá uma satisfação para aqueles que mandam a ordem judicial. Chegam lá às 4 horas, dando três ou quatro horas para o prefeito internar uma pessoa. Estou repetindo, porque são fatos que, às vezes, nos incomodam como gestores. E nos incomodam como cidadãos, porque queremos dar saúde para todos, mas dentro da capacidade de cada município. Não podemos extrapolar a nossa condição de financiamento, de atendimento, do contrário, o município vai ficar só por conta disso.

De acordo com dados apresentados pelo Sebastião Helvécio, estamos acima do limite da nossa capacidade de investimento. Só podemos investir em cima do limite da nossa capacidade, mas estamos extrapolando isso. Depois, ainda enfrentamos um outro problema ao prestar contas ao Tribunal de Contas, pois, às vezes, extrapolamos a lei orçamentária, porque foi necessário fazer uma compra de urgência. Por esses dados aqui apresentados, um produto pode ser mais caro, outro, mais barato, e, no final das contas, o prefeito ainda tem de pagar a conta pessoalmente.

Nós, prefeitos, estamos pedindo ajuda; nós, prefeitos, não podemos ser tratados da maneira como estamos sendo tratados pelo Ministério Público, pelo Tribunal de Contas, pela Justiça, pela Defensoria. Não há sentido nisto: tudo o que acontece de errado é o prefeito que tem de dar satisfação, é o prefeito que tem de pagar a conta. E nós somos muito fracos nessa cadeia. Então, essa judicialização tem de passar por esse lado prático – e não só pelo lado científico, teórico, acadêmico – para que se analise o que realmente está acontecendo com a judicialização.

Disse, ontem, para um juiz, que a judicialização é um movimento muito novo. A Constituição é de 1988, mas a judicialização, da forma como está sendo implementada, é muito recente. E hoje isso extrapolou. Hoje existe uma máfia dos laboratórios; existe também uma máfia por parte de alguns médicos, o que é ainda mais absurdo – geralmente não são médicos do SUS, que atendem pelo serviço público, mas, sim, particulares. O particular manda, e a prefeitura tem de se virar, às vezes defende-se dizendo que aquele medicamento não está na lista do SUS, mas isso nada resolve. E são, geralmente, os medicamentos mais caros que vêm para o município bancar, resolver aquele problema, na maioria das vezes, particular.

Quando falamos da judicialização da saúde, às vezes não se refere só à saúde. Às vezes, não se trata somente do medicamento. Houve uma decisão, na minha cidade, Pará de Minas, segundo a qual o promotor exigiu que a prefeitura contratasse cuidador de idosos para atender a uma família. Como o município, o estado, a União darão conta de fazer isso? Fizemos nossas ponderações e verificamos que há 400 acamados em Pará de Minas. Se tivermos de contratar três para cada um, porque os prazos são longos, teremos de contratar mais 1.200 técnicos de saúde ou o que for para atender a essas demandas. Temos de ter coragem de anunciar essas coisas, porque começam a sair do limite, começam a sair da responsabilidade orçamentária e financeira dos municípios, e as pessoas que tomam decisões, bem como aquelas que fazem os pedidos têm de ter responsabilidade. A situação não pode mais continuar como está.

Os dados apresentados pelo Sebastião realmente merecem um estudo, não apenas teórico e acadêmico, mas um estudo que considere a prática que estamos vivendo. A prática, Sebastião, é totalmente diferente. Nas comarcas de Minas Gerais e no interior estão acontecendo coisas absurdas.

Fico feliz em ver o Tribunal de Justiça preocupado com isso, querendo achar o mecanismo, um protocolo que seja igual para todas as comarcas. Que os promotores tenham as mesmas ações em qualquer comarca, porque cada um age do jeito e da forma como quer. Então, não temos critério para o atendimento. Não estamos fugindo da responsabilidade do atendimento para cumprir equivocadamente o art. nº 196 da Constituição, mas queríamos que houvesse critérios, que houvesse um mínimo de encaminhamento. Qual é a obrigação do município? Ninguém sabe, ninguém fala. Quando chega qualquer ação, dizem: “O prefeito mora ali, vá à casa dele; o secretário mora do outro lado, corra lá”. E já se entra com uma notificação; e, para isso, os oficiais estão muito disponíveis a tempo e a hora. Às vezes, quando se precisa de um oficial de justiça para outra coisa, não se acha; mas, para notificar o prefeito, o secretário de Saúde, é rapidinho, é voando, o que não conseguimos compreender.

Arlen, a minha fala destoa de tudo o que ouvimos aqui. Falo quase num tom de desabafo, em defesa dos nossos prefeitos, não só como representante da AMM, mas também dos prefeitos, cuja angústia observamos, e inclusive eu tenho passado por isso.

Estamos investindo 32% da nossa receita de saúde – faço isso com a maior satisfação – no atendimento primário. E agora, quando vem a judicialização, estamos perdendo o controle financeiro da prefeitura, que é o mais grave. Na crise por que estamos passando, às vezes, chega uma ordem judicial para se comprar um medicamento e, se você não tiver o dinheiro, ninguém o fornecerá, porque a prefeitura está atrasando o pagamento, os caras não querem oferecer. E como você faz? Às vezes, você não tem o dinheiro para pagar a tempo e a hora.

Eu estava analisando um relatório do nosso secretário Cléber: para atender a duas pessoas lá, temos um custo mensal de R\$111.000,00. Que município vai dar conta disso, principalmente de médio para pequeno porte, que é o nosso caso em Pará de Minas, ou cidades de 30 mil, 40 mil, 50 mil habitantes? Ontem um prefeito disse aqui que teve de pagar R\$28.000,00 por uma cirurgia de uma hora para a outra, e ele não tinha o dinheiro. Já aconteceram casos de judicialização mais graves ainda. Por exemplo, uma pessoa ingressou em juízo, houve um atraso por qualquer motivo, aí ela pediu um alvará e sacou o dinheiro na conta da prefeitura, para se cumprir uma ordem judicial. Se não contarmos com a compreensão do Ministério Público e, principalmente, do Tribunal de Justiça, as coisas tomarão outro rumo e não saberemos aonde vamos chegar. Daqui a uns dias, dos 853 municípios, uns 800 prefeitos estarão



presos. E não é porque roubaram, porque deram desfalque, porque foram corruptos, mas porque não deram conta de cumprir a judicialização da saúde.

Estamos falando de saúde, mas há outras judicializações também. Infelizmente, a fraqueza e a omissão da classe política, principalmente do Congresso Nacional, estão dando ao Ministério Público e ao Tribunal de Justiça a possibilidade de agir em nome da classe política, às vezes equivocadamente, por falta de ações nossas. Nós políticos disputamos e temos mandato, mas não conseguimos fazer uma mudança na legislação, por isso estamos sofrendo com a judicialização. De vez em quando vejo briga de vereadores na minha região, alguém pensando em ir ao Ministério Público, e sempre falo: “Por isso é que está do jeito que está. Vocês não têm capacidade de se reunir para discutir um problema pequenininho, e vai acabar judicializando uma discussão política”. Ai mistura-se tudo, e fica essa zona que estamos vivendo no interior.

Termo dizendo que, se destoei, vocês me desculpem, mas é uma forma de defesa dos nossos municípios, dos nossos prefeitos e talvez um desabafo pela pressão, pela dificuldade que é ser gestor público hoje. A legislação atual é totalmente equivocada, ninguém fala, mas é preciso mudar a normatização da licitação. Hoje existem profissionais para barrar a licitação e ninguém toma providência. A pessoa entra numa licitação, se ela for maior, para tumultuar e ganhar algum por fora, e não quer nem vender o produto. E nós não temos o que fazer, porque a legislação é totalmente equivocada. Nós, políticos, gestores e instituições, precisamos parar com essa desconfiança de Deus e do mundo. A gente acha que o que está acontecendo na Petrobras está ocorrendo no nosso meio também. Vê-se que é uma coisa totalmente diferente, uma coisa antiga, mas isso polui todas as mentes e todos os gestores, porque acham que todo mundo é corrupto.

Esse é o grande problema que estamos vivendo atualmente. E a maioria das pessoas que hoje ocupam as prefeituras são corretas. Há problemas? É claro que sim, mas a maioria quer fazer uma boa gestão, mesmo com dificuldades e sem dinheiro. Às vezes, até extrapolam sua capacidade administrativa para fazer uma boa gestão no seu município, mas somos emperrados pela legislação. Volto a repetir, Sebastião: o Tribunal de Contas deveria ajudar a fazer uma modificação na Lei nº 8.666. Não tem mais sentido uma lei como essa, que serve para o Município de Pará de Minas, para Belo Horizonte, para São Paulo e para Onça do Pitangui. Isso não tem sentido, está onerando muito o custo das prefeituras. Às vezes, fica-se com dificuldade de fazer uma licitação – e já existe o empecilho da burocracia em relação a pessoas para ajudar a elaborar uma boa licitação –, e nós passamos dificuldade e cada dia temos o nosso custo aumentado pela ineficiência da legislação.

Essas coisas precisam mudar. Percebo uma luzinha no fim do túnel quando vejo que o Ministério Público está discutindo a judicialização da saúde.

Eu estive lá com o desembargador, com o promotor e com o procurador, e agora o próprio Tribunal de Justiça está preocupado. Por isso é que diminuíram um pouco as ações de judicialização da saúde. Se tivermos capacidade de conversar quando chega uma demanda, teremos que reconhecer que o Judiciário já está tendo alguns cuidados, porque antes não havia nenhum, e hoje já se exigem alguns documentos, algumas informações médicas. Com isso, a judicialização vai diminuir um pouco.

Essa é a minha participação, esse é um tema que não pode se encerrar neste seminário. Foram muitas as contribuições e informações, mas precisamos continuar juntos, principalmente nós, gestores, que somos gestores da saúde e do município, que muitas vezes ficamos perdidos, sem saber para qual lado correr. Muitas vezes também não temos guarita para socorrer todos. A Assembleia Legislativa está de parabéns, foi uma boa discussão. Sinto a ausência dos prefeitos porque são quem mais está pagando a conta. Eles têm de se manifestar. Espero fazer outras discussões para ouvirmos a experiência de cada um. É com isso que vamos achar o caminho. Se houver boa vontade como estou vendo neste seminário, poderemos ter uma solução definitiva para a questão da judicialização e da saúde de Minas. Muita gente reclama, mas melhorou muito. Ainda temos muita dificuldade na alta complexidade porque não há demanda, mas temos que reconhecer que a média e o atendimento primário melhoraram demais. Os prefeitos estão investindo, estamos vendo os médicos do interior receber um salário interessante. Há interesse do município em fazer investimento no atendimento primário. Quando se passa para o atendimento de alta complexidade, começam as barreiras, mas vamos melhorar porque não podemos perder as esperanças, mesmo o Brasil passando por essa crise terrível, que é uma crise política, mas temos que acreditar que vamos em frente.

– No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente – Muito obrigado, deputado Antônio Júlio. Estamos vendo pela plateia o clamor da sua fala. Parabéns para este grande líder.

Deputado Antônio Júlio, ontem a Comissão de Saúde foi convidada pelo Dr. Dresch para fazer parte desse fórum regional. Nós estamos fazendo duas propostas que a AMM possa encampar. Que possamos marcar uma audiência com o procurador-geral de Justiça para tentar fazer um convênio para que o Ministério Público e a Defensoria Pública Estadual possam demandar contra o Ministério da Saúde, porque o Ministério Federal é pequeno. Qual o cachorrinho fraco? O prefeito e o secretário de Saúde. Então, vamos tacar o pau neles e deixar o Ministério da Saúde tranquilo, cada vez diminuindo seus recursos e jogando o problema para cima do povo e do sofrimento do secretário de Saúde.

Exibição de Vídeo

O presidente – Gostaria de passar a matéria exibida hoje no *Bom Dia Brasil*, para ver como estão sendo feitas as filas paralelas. Vamos ouvir a reportagem, que fala sobre as duas filas.

– Procede-se à exibição do vídeo.

O presidente – Estamos vendo aí o tamanho do problema. Vocês viram que, em 2013, Minas Gerais gastou R\$321.000.000,00 com judicialização; o Ministério da Saúde gastou menos que nosso estado, e foram gastos com remédios para o câncer R\$18.000.000,00, porque é mais fácil. Eles pegam a secretaria, o secretário de Saúde, o prefeito – “batam na Geni!” – e deixam o pessoal lá de cima ficar sossegado, tranquilo.

Quanto a essa questão do hospital de Barretos, em Minas Gerais, há excelentes hospitais de câncer. Estamos aqui com o Dr. Carlos Eduardo, do Hospital Luxemburgo, e temos ainda o Hospital da Baleia, o Hospital do Câncer de Muriaé, o Hospital Dilson Godinho,



o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, em Pouso Alegre, e o Hospital Dr. Hélio Angotti, ou seja, são inúmeros, 40, todos trabalhando bem. Entretanto, todos vão falir porque não aguentam a agiotagem e o preço baixo.

Palavras do Sr. José Maurício Lima Rezende

Bom dia a todos e a todas. Cumprimento o deputado Arlen Santiago, presidente da comissão e, na sua pessoa, os demais membros, pois, dado o adiantado da hora, não mencionarei todos os nomes. Queria agradecer o convite para a participação. Estou muito feliz, pois estou vendo vários colegas secretários fazendo parte desta discussão tão importante sobre a judicialização; eles são os ordenadores de despesa e, junto com eles, estão seus procuradores municipais, o que é de fundamental importância para darmos continuidade ao trabalho nesse ciclo tão difícil por que passamos hoje com a judicialização dos nossos municípios.

O nosso tema é “Interferência das decisões judiciais na gestão das políticas de saúde e as consequências para os usuários do SUS”, e queria agradecer à Dra. Cristiane, que me ajudou a fazer essa apresentação. Hoje utilizamos recursos próprios dos municípios. Em 2012, foram aplicados cerca de 21,14% em saúde; em 2013, 22,68%; e, em 2014, 24,55% serão investidos nos nossos municípios, com a tendência de esses números serem mais crescentes neste ano. Tiramos esses dados do Siops, e eles estão acessíveis a todos vocês.

Pegamos como exemplo o Município de Monte Carmelo, na região do Triângulo Mineiro: em 2013, foram gastos R\$15.170.000,00; em 2014, R\$12.467.000,00. Esses valores, em 2013, representavam 29% dos recursos e, em 2014, 27%. Apenas com medicamentos, eram gastos R\$800.000,00 em 2013 e R\$500.000,00 em 2014, ou seja, a cidade está tentando diminuir seus gastos em um trabalho conjunto com o Ministério Público e com seus procuradores municipais, porque, se continuarem nessa evolução, será praticamente impossível conseguirem administrar o município.

No município onde sou gestor, de janeiro a dezembro de 2014, tivemos 51 mandatos judiciais, totalizando R\$75.525,00. No último dia do ano, dia 30 de dezembro, tivemos um mandato judicial que buscou R\$25.000,00 da primeira conta que estava lá, do Fundeb. Esse recurso foi retirado do Fundeb porque o juiz saiu de férias e o substituto simplesmente sequestrou esse dinheiro. No ano seguinte, tivemos que devolver esse recurso para o ensino. De janeiro a julho de 2015, já temos 60 mandatos judiciais, totalizando quase R\$47.000,00. Agora preciso começar a fazer o meu dever de casa. Preciso buscar com o Judiciário e com o meu mandato de procurador do meu município um meio de não aumentar mais esses números de judicialização.

Aqui começamos a ver como evoluíram os custos com a judicialização. Saímos de um patamar de 0,16 em 1986 e fomos para R\$204.000.000,00 em 2014. Temos aqui dados de 2014. O senhor pode ver que a evolução foi bem crescente. Vemos que o número de ações judiciais vai só aumentando. Até hoje já tivemos 9.121 ações judiciais no Estado de Minas Gerais contra os municípios.

Onde temos mais recordes de ações judiciais em Minas? O maior número de ações é com o medicamento Lucentis. Esse é um medicamento bastante utilizado, mas temos um substituto que também é caríssimo, que é o Avastin. O município começa a ter uma degeneração de visão, entra na Justiça e ganha rapidamente. É onde temos mandatos cada vez mais frequentes. Temos que repensar e rever essa situação.

Temos outros medicamentos, todos eles fontes do jornal *Estado de Minas*, publicado no dia 10/9/2014. Com relação ao número de ações judiciais em face somente dos municípios, em 2014, temos 9.715 ações do Tribunal de Justiça de Minas Gerais contra os municípios. Vemos que quem está sendo penalizado é quem está diretamente com a população. É mais fácil um juiz colocar uma ação dentro do município do que ir contra o Estado ou contra a União. Precisamos realinhar e redividir esse custo tão oneroso para nós, os municípios.

Um grande problema que temos hoje é justamente a compilação desses dados na sua origem. Pegamos esses dados via Siops, mas eles não estão compilados adequadamente pelos municípios. Eles colocam simplesmente como gasto em saúde, sem direcioná-los para ações judiciais. Com isso não temos um histórico preciso para ver qual é o número real de judicializações em nível municipal. Agora temos o dever de realinhar nossos municípios para cadastrar realmente o que é judicial na sua origem e ter números cada vez mais plausíveis e confiáveis.

Então, com isso, neste ano de 2015, somente 32 dos 853 municípios existentes em Minas Gerais lançaram, bem especificamente, o que foi gasto com sentença judicial, num total de R\$5.289.868,00. Ou seja, se esse valor diz respeito a apenas 32 municípios, imaginem se os outros municípios estivessem informando adequadamente esses números. É hora de começarmos a fazer um histórico preciso da judicialização para que tenhamos números reais e possamos dialogar e brigar, no bom sentido, com todos os entes.

O que essa judicialização provocará no nosso município? Uma desorganização do sistema. A partir do momento em que se começa a judicializar os problemas, o paciente que estava fora da fila vai assumir o primeiro lugar e haverá atraso nos agendamentos. A rotina será mais lenta ainda em função da demanda dos nossos municípios. Também haverá deslocamento de recursos financeiros da atenção básica para atendimento de ações judiciais. Dessa forma, vai ser difícil melhorar a nossa atenção básica com um custo muito menor para evitar as consequências que virão depois. Na verdade, diminuiremos esses valores e desfaremos totalmente o nosso planejamento, que já é bem falho e arcaico por falta de valores reais a serem recebidos mensalmente. O que existe são apenas estimativas, isto é, um planejamento estimado. Na verdade, a judicialização vai quebrar toda essa cadeia e prejudicar pessoas que realmente necessitam de atendimento mais rápido em benefício daquelas que ganharam direito ao atendimento por via da judicialização.

Agora uma reflexão para os nossos municípios: um olhar para dentro. O que é esse olhar para dentro? É justamente tentar fazer um aprimoramento nos serviços que ofertamos à nossa população, mas acredito que só há um jeito de se fazer isso, que é com diálogo e democracia. Precisamos chamar os atores envolvidos para as conversas necessárias, trazê-los para junto de nós e mostrar quais são os nossos problemas, consequências e angústias. Não é fácil para nós, secretários, e principalmente para um prefeito não conseguir dar uma resolutividade na hora para um paciente. Isso é péssimo. Não é fácil não conseguir algum espaço, alguma internação ou algum medicamento. Não falta vontade, mas sim opção. Também falta um atendimento mais humanizado, e é aí que precisamos buscar os entes, os atores envolvidos para uma conversa.



Outro problema que também sentimos nos nossos municípios é a falta de um corpo técnico adequado para dar respostas dignas à parte judicial. Ou seja, precisamos poder levar conhecimento técnico, fazer uma nota técnica junto ao farmacêutico ou ao médico e direcioná-la ao juiz para que ele tenha subsídios para dar uma sentença mais tranquila e adequada. Acima de tudo, também precisamos que esses juízes possam atender mais os nossos secretários e prefeitos.

Muitas vezes, no interior, o juiz não aceita diálogo com o secretário ou com o prefeito; acha que o ente é muito disperso, e não é. Precisamos achar juntos – Ministério Público, Poder Legislativo e Poder Executivo –, as melhoras para a nossa população.

Temos de estabelecer protocolos efetivos. Deveríamos ter nos nossos municípios esses protocolos. Infelizmente, o que vemos hoje é uma absurda rotatividade de secretários. O secretário de saúde toma posse e depois de um ou dois meses já está saindo. Os que perduram um pouco mais são os que têm condições. Geralmente esses secretários que entram, às vezes, não estão preparados para assumir o cargo. Por isso precisamos de profissionais que estejam engajados nesse processo, que façam esses protocolos efetivos nos seus municípios, que participem junto aos seus conselhos municipais para dar ênfase e, acima de tudo, transparência ao que o município tem condições de ofertar.

Há também a relação dos médicos da rede, as prescrições médicas, a Rename e a Renases. Não podemos dar exemplos específicos de municípios, mas, em municípios fronteiriços com outros estados, muitas vezes temos dificuldades para atender a população. Por quê? Porque a população vai a outro estado, é atendida lá e, muitas vezes, retorna com a receita do SUS, que geralmente é de hospital-escola, com medicamentos que naquele estado está disponível na rede básica do município, mas, na hora em que a pessoa entra na nossa rede, no estado, esse medicamento não está disponível. Então, muitas vezes, ela vai judicializar o município por falta de medicamento.

Portanto, temos de rever realmente as nossas PPIs interestaduais. Não é o momento para falarmos disso, mas temos de alertar para esses detalhes. Nesses lugares que são fronteiriços, há muita dificuldade para atender a nossa população. Fora que a nossa população entra nesses estados por meios totalmente obsoletos, obscuros, ou seja, arrumando endereço de um ente querido que mora no município para ser atendido por aquele hospital, por aquela instituição. Então, é hora de começarmos a mostrar realmente a nossa cara. Não adianta taparmos o sol com a peneira, jogarmos a poeira debaixo do tapete; é hora de enfrentarmos os desafios e reconhecer as nossas angústias e necessidades.

Já comentei sobre os nossos advogados, os nossos procuradores e as despesas substanciadas. Temos de preparar os procuradores municipais para dar respostas dignas às ações contra o município; só assim vamos conseguir diminuir essa angústia.

Para refletirmos um pouquinho, as demandas judiciais transformam o sistema de saúde em um mero fornecedor de medicamentos. Hoje há alguns relatos de colegas que receberam ordens judiciais para cumprir os mandados rapidamente. Nos mandados que recebemos, temos 72 horas, no máximo, dois ou três dias para cumpri-los, e são medicamentos que a Anvisa não aprovou no nosso território, são importados. Aí a minha pergunta: nesse caso, ao buscarmos medicamentos importados que não estão regulados pela Anvisa, não estamos fazendo contrabando legalmente? E aí?

Está na hora de começarmos a refletir sobre isso. Se uma droga não foi aprovada pela Anvisa, e o juiz obriga o município a buscá-la, como isso será feito? Depois gostaria de obter essa resposta.

Para terminar, penso que só há um jeito de melhorarmos a situação, para buscarmos os nossos desafios. É nesse momento de crise, em que passamos dificuldades, e os municípios já não aguentam mais e não têm mais como gastar em saúde que temos de repensar o que queremos. Quando digo ao meu prefeito que gastarei em saúde, ele diz: “Já estou exonerando você”. É hora de repensarmos o que podemos fornecer à nossa população. Este é o momento de repensarmos como poderemos fazer com que o SUS seja cada vez mais imparcial e equânime, para que, realmente, atenda a nossa população dignamente, mas com realidade, clareza e transparência.

Acima de tudo temos de respeitar os prazos de pagamento, o que foi acordado e o que será feito para a população, com trabalhos e políticas públicas que façam com que haja perspicácia, efetividade e durabilidade. Para o que é possível realinhar, temos de nos assentar com os atores envolvidos, para, juntos, podermos buscar a melhor solução. Hoje só temos um caminho: a educação. Sabemos dos nossos direitos, mas nos esquecemos dos nossos deveres. Quando passamos a olhar para nós, nos perguntamos: o que estou fazendo, como estou ajudando e onde posso chegar?

Este é um momento ímpar, é o momento de todos os atores serem humildes, capazes e inteligentes para se assentarem e, com quatro, oito ou qualquer quantidade de mãos, envolver o número necessário de atores, trabalhar juntos para fazermos com que o SUS seja cada vez mais digno e sólido e para termos cada vez menos judicialização, a fim de não vermos o nosso planejamento e orçamento serem interrompidos e estagnados. Temos de buscar um trabalho diferenciado.

Obrigado a todos. Deputado, mais uma vez, agradeço o convite para participarmos. Sempre estaremos aptos e dispostos a participar desses encontros que darão sempre frutos e farão com que possamos obter um grande êxito daqui para a frente. Muito obrigado.

– No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente – Muito obrigado, José Maurício, grande presidente do Cosems, só que mais rico – quando fui presidente desse conselho, ele era inicial e mais pobre. Agora ouviremos o Sr. Fausto Pereira dos Santos, nosso secretário de Estado de Saúde, que está vendo que a maior parte dos problemas da judicialização diz respeito a doenças raras e, principalmente, a oncologia clínica. A Comissão de Saúde já enviou uma proposta ao Fausto na tentativa de copiarmos o modelo de São Paulo, criar uma autarquia, um braço da sua secretaria de Saúde para cuidar da oncologia como um todo. Essa é a proposta do nosso amigo Carlos Eduardo, do Hospital Mário Penna, endossada pela Associação Médica, pelo Cosems e pela Comissão de Saúde.

Fausto, estivemos em muitos municípios. Por exemplo, em Pouso Alegre, o teto estoura em R\$2.000.000,00 e R\$3.000.000,00 todo mês. No município, a gestão é plena e, como não tem dinheiro, não paga, o que gera um tumulto muito grande. São Paulo criou essa autarquia. Deixaremos essa ideia para sua apreciação e avaliação. Com a palavra, o secretário Fausto Pereira dos Santos, que vai falar sobre a questão da judicialização da saúde.



Palavras do Sr. Fausto Pereira dos Santos

Bom dia a todos. Cumprimento os integrantes da Mesa. Para nós, da SES, é uma satisfação participar deste debate. Parabenizo a Assembleia Legislativa por essa iniciativa. Compartilhar esta Mesa com pessoas com a formação do Dr. Renato Dresch, do Sebastião Helvécio, do José Maurício, dos parlamentares é motivo de grande satisfação. Falar não por último, mas quase no final tem um lado bom e um lado ruim. O lado bom é que vários aspectos foram abordados. O lado ruim é que as pessoas abordaram algumas coisas que eu havia programado dizer. Então, vou tentar fazer uma fala mais focada nas repercussões.

O importante – vários dados foram apresentados – é que o processo de judicialização no Brasil não é um fenômeno recente, mas crescente. O Dr. Helvécio mostrou que em 2014, face a uma ação proativa, houve uma certa reação, uma certa articulação de políticas e de atores para enfrentar o fenômeno. A judicialização da saúde é, como eu disse, um fenômeno crescente, mas observamos isso em outras áreas também. É fruto de uma ampliação da cidadania, de uma consolidação do Ministério Público e da Defensoria Pública, de maior participação do Judiciário na vida cotidiana da população. O fenômeno da chamada judicialização no País, especificamente na saúde, pode ser entendido como um amadurecimento da sociedade brasileira e das instituições. Não podemos enxergar esse fenômeno somente sob uma ótica negativa – depois vamos discutir a questão dos impactos –, há também um lado positivo, ou seja, um avanço da sociedade brasileira.

Na saúde, esse fenômeno impacta de forma importante, tem uma base importante. Várias pessoas que me antecederam falaram sobre isso, ou seja, o problema do financiamento. Se há um sistema universal, integral, com um nível de financiamento – apresentado aqui pelo Dr. Sebastião Helvécio –, existe um descompasso. O constituinte de 1988 foi bastante generoso na constituição do sistema de saúde brasileiro, mas não foi suficientemente generoso na questão do financiamento. Na Constituição, atrás daquele capítulo da saúde, havia uma base de financiamento. Foi aprovado o capítulo da saúde, com modificações, mas não houve uma ligação com uma base de financiamento. Assim, a partir de 1988, estão sendo feitas várias tentativas a fim de garantir-se um financiamento adequado para a saúde. Continuamos nessa batalha, nessa dificuldade, mas esse descasamento entre uma concepção do sistema universal integral e a nossa base de financiamento vai culminar nesse processo que enfrentamos hoje. Então, temos como base do processo de judicialização um descompasso entre os recursos disponíveis para o SUS e o desenho constitucional que elaboramos. Se não partirmos desse pressuposto, vamos achar que há forças maquiavélicas, ocultas trabalhando nesse processo. Então, precisamos ter uma primeira noção dessa dificuldade.

A segunda dificuldade, base do processo da judicialização, é a baixa capacidade regulatória do conjunto das instituições que militam na área da saúde, que tem impacto na gestão. Falamos da baixa capacidade regulatória dos gestores do SUS, incluindo a União, estados e municípios, que não traduzem para o Judiciário, muitas vezes, todo o nosso regramento e processo de organização. Em alguns casos, ainda que exista o processo organizado, não se consegue fazer o conjunto de entregas. É uma baixa regulação sobre prestadores, central de vagas e central de internação. Apesar de os instrumentos estarem sendo construídos ao longo do tempo, ainda temos uma dívida importante com a necessidade de dar maior transparência e maior capacidade ao processo regulatório.

Ontem, tratei rapidamente do fato de que ainda avançamos pouco, no Brasil, na discussão de boas práticas. Alguns as chamam de protocolo; outros, de evidência; e alguns, de diretrizes. Seja qual for o nome dado, no Brasil é pouco regulamentada, é pouco enfrentada e diria até pouco transparente. Nossas instituições, as instituições médicas, conforme disse ontem aqui, Lincoln, e já coloquei para a direção da ANB, trabalham numa ideia de uma autonomia da prática médica que praticamente não há, de forma similar, no mundo. Em todos os lugares, a prática médica é protocolizada. Não significa que o médico não possa sair do protocolo frente a uma situação, mas, a princípio, ele deve seguir o protocolo da boa prática. Há evidências na medicina, na prática médica de qual a melhor alternativa assistencial para cada um dos casos. É claro que cada caso é um caso e poderá ser enfrentado de maneira diferente, mas, no geral, 95%, 98% das vezes deve ser enfrentado de forma parametrizada, o que não acontece no Brasil. Por isso, enfrentamos situações absolutamente singulares.

Essa é uma dívida que nós, gestores, entidades médicas, temos com a sociedade brasileira. Precisamos normatizar. Por mais que o município se esforce, não adianta que se construa um protocolo na base municipal. Quem tem a obrigação, a legitimidade para fazer esse conjunto de diretrizes e boas práticas são as entidades médicas e a Conitec, instituída pela lei em 2011.

Ou enfrentamos essa situação e damos ao Judiciário bases técnicas para que tome decisões ou continuaremos buscando alternativas, o que não abriremos mão de fazer. Essa questão precisa ser enfrentada, essa discricionariedade absoluta da prescrição tem um efeito que discutiremos depois. Tudo isso em uma interpretação muito ampliada dos preceitos constitucionais. O Supremo tem reafirmado posições da interpretação do direito da área da saúde que leva a situações como essas que já discutimos aqui – o José Maurício, por exemplo, ter que importar um medicamento não reconhecido pela Anvisa; termos de mandar pacientes para o exterior a um custo altíssimo para a sociedade brasileira, com desfechos como o ocorrido ontem, nos Estados Unidos, após gastarmos US\$1.500.000,00 com esse atendimento internacional.

Essa interpretação dos preceitos constitucionais dessa forma absolutamente alargada, volto a dizer, sem precedentes no mundo, torna muito difícil o dia a dia, o cotidiano de quem opera a gestão, o direito – o Ministério Público, a Defensoria Pública e o próprio Judiciário. Quais as repercussões desse quadro na gestão? Acho que o José Maurício já explicou um pouco. Existe um impacto orçamentário, que não acredito seja o mais importante.

É um impacto importante na União, nos estados, nos municípios. Nos municípios mais ainda, por ser o município um ente que arrecada menos. Então uma ação desequilibra o orçamento municipal. Há um impacto orçamentário importante, mas há um impacto desorganizador absurdo na gestão sobre a construção de núcleo de assessoramento jurídico, sobre a atuação da Advocacia Pública, sobre a atuação do setor de compra dos estados e municípios, do processo licitatório, do processo de prestação de contas. Há um efeito desorganizador muito grande sobre a questão do planejamento. E, muitas vezes, as repercussões são de difícil absorção, como a questão da não existência da dotação orçamentária para executar aquela ação. Isso terá um efeito daqui a um, dois, três ou cinco anos sobre a questão do gestor, o que me parece ser uma questão extremamente importante.



Há um impacto, uma repercussão importante na iniquidade. Todas as pesquisas feitas em relação à judicialização no Brasil, por mais que tenha aumentado a participação da Defensoria Pública, por mais que tenha aumentado a participação do Ministério Público, aponta ainda que a maior parte é oriunda da advocacia privada, são os maiores beneficiários do ponto de vista do custo. Nem vou falar do ponto de vista do número de ações. Do ponto de vista do custo, a maior parte do custo, do gasto feito com a judicialização no Brasil tem a ver com a advocacia privada e com o setor mais aquinhoado da população. Isso gera uma repercussão importante, do ponto de vista da iniquidade.

Há um papel importante, uma repercussão importante na questão assistencial. Aí vamos estar falando de medicamento sem comprovação, de uso *off label*, de um conjunto de ações que, do ponto de vista da boa prática, não seriam as mais recomendadas.

Por último, há uma repercussão importante, que os estudos do Tribunal de Contas apresentados pelo Prof. Sebastião Helvécio ilustraram muito bem e que chamei aqui, eufemisticamente, de ganhos indevidos. Muita gente ganha com esse processo. Digo: muita gente na advocacia, os médicos, a indústria farmacêutica, os representantes de laboratórios. Muita gente ganha com esse processo, e não podemos ser ingênuos em relação ao processo. Aquelas diferenças de gasto, de custo de um medicamento comprado por meio da Lei nº 8.666, pelo processo licitatório normal, e do medicamento comprado por meio de ação judicial é um fato que tem de nos levar à reflexão. Ou há problemas graves na gestão, que não conseguimos absorver, do ponto de vista administrativo, para fazer a melhor compra, ou tem a ver com quem está judicializando e com quem está ganhando com o processo da judicialização. Acho que precisamos debater esse conjunto de repercussões.

Para finalizar, queria dizer que Minas tem feito um esforço muito grande. Acho que o Dr. Sebastião disse - o Dr. Renato Dresch é o principal, digamos, expoente desse processo - que Minas tem adotado uma série de iniciativas para enfrentar esse conjunto de repercussões. Por isso estamos - até a própria Assembleia Legislativa está fazendo este evento aqui hoje - na vanguarda desse processo.

Por último, gostaria de dizer que a Secretaria de Saúde já participa e continuará a participar cada vez mais, estará totalmente irmanada nesse esforço, para compreendermos esse fenômeno, procurarmos as melhores alternativas para enfrentá-lo e fazermos proposições para que, no âmbito nacional, possamos tomar decisões e fazer enfrentamentos que tenham uma repercussão nacional. Não é um fenômeno local, e podemos fazer muita coisa em Minas. Já estamos fazendo, mas podemos fazer muito mais.

Gostaria de colocar a secretaria à disposição para participar de todo esse processo e de agradecer mais uma vez à Assembleia Legislativa a iniciativa. Muito obrigado.

- No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente - Queremos agradecer ao secretário Fausto.

Registro de Presença

O presidente - Gostaríamos também de agradecer a presença do embaixador do Chile do Brasil, Jaime Gazmuri, que está, acompanhado do cônsul honorário do Chile em Belo Horizonte, Alexandre Penido, em visita de cortesia à Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Muito obrigado, sejam muito bem-vindos. Estamos aqui discutindo a questão da saúde, que é um problema mundial.

Palavras da Deputada Federal Raquel Muniz

Bom dia a todos. Cumprimento o deputado Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde, meu conterrâneo do Norte de Minas, colega do Hospital São Lucas, hoje Hospital Dilson Godinho, professor também, que nos ensina todos os dias. Muito obrigada, Arlen, pelo convite. Na pessoa do nosso secretário Fausto e da secretária municipal de Saúde de Montes Claros, enfermeira Ana Paula, cumprimento todos os secretários; cumprimento todas as autoridades, do Judiciário, do Ministério Público, na pessoa do Dr. João Paulo, tão citado aqui no dia de ontem assim como hoje. Ontem, especialmente na grande palestra do Dr. Gilmar, que mostrou que Montes Claros dá exemplo ao País, e não só a Minas Gerais. Vamos levar também essa experiência para o Congresso Nacional, para as pessoas saberem que Montes Claros, por meio do diálogo entre prefeitura, por intermédio da nossa secretária Ana Paula e do Dr. João Paulo, e Ministério Público conseguiu, efetivamente, diminuir a judicialização da saúde, motivo da nossa discussão de hoje.

Meus amigos, por que estou aqui, hoje? O Arlen já falou. Primeiro, porque meu colega superexperiente, deputado há vários mandatos, Dr. Odorico, está em uma missão oficial. Ontem, estive aqui o dia todo com vocês participando, e o prefeito Ruy, de Montes Claros, também esteve aqui comigo. Hoje, nossa secretária está aqui presente. E fui convidada ontem pela assessoria da Assembleia para que pudesse falar a vocês hoje.

Sou deputada de primeiro mandato, represento o Norte de Minas. Sou uma das poucas mulheres do País a ocupar espaço de poder na política e, de Minas Gerais, somos quatro deputadas federais. Vocês viram que ontem, nesta Mesa de honra, ainda tive a companhia da desembargadora Vanessa; hoje estou aqui sozinha. Fui escolhida para substituir o nosso deputado Odorico. Fui membro da Comissão Parlamentar de Inquérito da Máfia de Órtese e Prótese, pois nossa comissão na Câmara Federal já se encerrou; ela tinha prazo para se iniciar e já teve seus trabalhos encerrados. Mas lembro a vocês que o Senado também abriga uma Comissão Parlamentar de Inquérito da Máfia de Órtese e Prótese. Se vocês tiverem alguma denúncia ou se quiserem ter algum esclarecimento também é possível encaminhá-los ao Senado. Podemos fazer isso, porque temos levado o questionamento de vocês e participado efetivamente das reuniões dessa importante comissão no Senado Federal.

Por que foi criada essa CPI? Assim como toda comissão, ela é motivada por algum problema que está acontecendo. Quando cheguei à Câmara Federal, poderia participar de várias CPIs. Fui tentada por meus assessores a participar da CPI da Petrobras, mas recusei porque acho que poderia contribuir naquilo que conheço.

Sou médica geriatra. Ajudei a implantar o SUS na minha cidade. E o primeiro atendimento foi de geriatria, por meio de uma equipe multidisciplinar. Quando minha cidade resolveu fazer saúde plena, buscamos, junto ao secretário daquela época, Dr. Eduardo Avelino, todos os profissionais necessários e não tínhamos oftalmologistas. Fomos à Fundação Hilton Rocha, de cuja direção tenho orgulho de falar que faço parte hoje, e diminuímos a fila de Belo Horizonte e do seu entorno na área de oftalmologia, levando, assim, oftalmologistas para Montes Claros.



Fui médica intensivista do hospital São Lucas durante muitos anos; sou médica do trânsito – é uma das bandeiras que também levo para o Congresso Nacional; criei a Frente Parlamentar da BR-251 porque acredito que não precisamos atuar somente no Ministério da Saúde, mas podemos fazê-lo em outros ministérios, a fim de melhorar as nossas estradas e, conseqüentemente, diminuir o número de pacientes hospitalizados em decorrência do trânsito. Mais que isso, poderemos salvar vidas.

Hoje vou falar um pouquinho para vocês de minha experiência nessa comissão parlamentar de inquérito. O mercado brasileiro de dispositivos médicos implantáveis – DMI – é composto por empresas multinacionais e por pequenas e médias empresas nacionais. Hoje, na Anvisa, existem aproximadamente 3.600 empresas que compõem esse mercado, entre importadores, fabricantes e distribuidores. Em 2014, o mercado brasileiro movimentou aproximadamente R\$4.000.000.000,00 em dispositivos médicos implantáveis. Estima-se, na Anvisa, que atualmente existam 10 mil dispositivos médicos implantáveis com registros.

O que nos motivou a criar essa CPI foi a falta de regulação no mercado, que causou sérios problemas ao setor de DMI. Esse envolvimento ocorreu com distribuidores, fabricantes, hospitais e profissionais, como dirigentes de hospitais e advogados. Foi para combater essa associação criminosas que, na Câmara Federal, criou-se uma comissão parlamentar de inquérito para investigar a cartelização na fixação de preços e distribuição de dispositivos médicos implantáveis.

Para criarmos uma CPI é necessário que façamos, junto com mais da metade dos deputados, uma solicitação à Mesa da Câmara. Isso foi feito, e foi criada essa importante CPI.

Práticas irregulares que levaram à criação da CPI: comissão paga a médicos, na ordem de até 30% do valor da nota fiscal, o que se verificou por meio de depoimentos, documentos, todos eles apensados ao relatório final da CPI; comissão paga aos hospitais, na ordem de até 20% do valor das notas fiscais, o que muitos achavam ser uma prática normal; esquema formado entre médicos e advogados visando à judicialização de processos.

Vários processos chegam à Justiça, com urgência: tem-se de colocar um *stent* farmacológico. E ontem vimos aqui que tanto o *stent* farmacológico como o não farmacológico têm a mesma função. Quem falou isso foram professores e pesquisadores desse assunto. E, pasmem, muitas vezes pacientes relataram, em nossa CPI, que venderam tudo para colocar o *stent* farmacológico – esse foi o grande trabalho dessa CPI na área de cardiologia, apesar de saber que o esquema da máfia de órteses e próteses perpassa também por outras áreas, como ortopedia e oncologia.

Quanto aos resultados dessa CPI, muitos ainda estão por vir, e peço a ajuda de vocês, junto aos parlamentares que ajudaram a eleger, para que possamos aprovar projetos de lei, mas aqui apresentaremos alguns resultados. Portaria Interministerial nº 38, de 8/1/2015, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, que criou um grupo de trabalho para regulamentar as questões dos dispositivos médicos. Portaria SAS nº 403, de 7/3/2015, que disciplina a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle dos dispositivos médicos.

Projeto de lei que criminaliza a corrupção privada: o seu objetivo é coibir e diminuir esses abusos. Projeto de lei que altera as competências da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, para incluir os dispositivos médicos implantáveis: esse ainda não tem número, porque está em andamento, para ser aprovado.

Projeto de lei que cria o sistema de educação permanente em novas tecnologias e dispositivos médicos implantáveis no SUS: defendi-o com grande vigor, porque minha grande bandeira é a educação; o trabalho tem de ser feito com aquelas crianças que estiveram aqui. Montes Claros dá exemplo ao criar também uma cartilha anticorrupção, que está sendo trabalhada nas escolas. Aliás, o *Estado de Minas*, esse grande jornal, deu uma aula de cidadania no dia 7 de setembro, ao publicar matéria sobre essa cartilha criada pelo ex-delegado federal na nossa cidade.

Projeto de lei que disciplina a concessão de tutela de urgência em demandas judiciais que envolvam dispositivos médicos implantáveis: como eu disse, muitos resultados ainda estão por vir, e os senhores poderão nos ajudar também.

Ética Saúde, Acordo setorial: foi um documento elaborado em agosto de 2014 e lançado em junho de 2015 pela Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes – Abraid -, por empresas e pelo Instituto Ethos, que estabelece critérios e padrões no relacionamento entre empresas e profissionais de saúde. Durante a investigação da nossa CPI, percebemos - e ontem foi falado aqui – que as pessoas que procuram os consultórios médicos para apresentar medicamentos estão cada vez mais bonitas e bonitos. Os profissionais de saúde são muito tentados por essas empresas desde a implantação dos serviços. Recebem aparelhos, têm todo um treinamento, realizam viagens, participam de congressos, todo esse financiamento visando a que estejam implantando mais e mais dispositivos médicos.

Ao encerrar o relatório da CPI, foram feitas algumas recomendações, que citaremos a seguir: treinamento dos profissionais da saúde pelo SUS no âmbito dos hospitais universitários e dentro da política nacional de educação permanente de saúde – tudo isso foi disponibilizado em uma audiência na nossa comissão, ao encerrar os trabalhos, e foi entregue ao ministro; indicação, ao Conselho Federal de Medicina, para ampliação da atuação das comissões de ética médica – aproveito para saudar o Lincoln, que já me disse que vai entregar ao secretário Fausto, através da Comissão de Saúde da Assembleia, toda essa parametrização tão cobrada pela secretaria; padronização da nomenclatura dos dispositivos médicos implantáveis: como não há uma padronização, existe um mercado vasto nessa área e, com isso, os preços desses produtos tornam-se abusivos; aperfeiçoamento no controle de fluxo de dispositivos médicos no SUS; criação de comissão especial para estudar o processo de inovação e incorporação tecnológica no complexo produtivo da saúde – ontem debatemos muito esse tema, porque existe uma evolução tecnológica, mas, às vezes, não acompanhamos esse processo, e daí os abusos; realização de audiências públicas semestrais dentro da Comissão de Seguridade Social e Saúde, para acompanhar o andamento das medidas propostas pela CPI da Máfia das Órteses e Próteses do Brasil.

A nossa CPI não encerrou os trabalhos, haja vista que é um braço da nossa Comissão de Seguridade, Saúde e Família na Câmara federal. A CPI recomendou que, semestralmente, realizássemos essas audiências públicas, até para acompanhar o relatório entregue ao Ministério da Saúde, à Polícia Federal e à Justiça, para saber se os passos estão sendo cumpridos e também para receber novas denúncias – a comissão está lá também para isso.



Realização de auditoria pelo Denasus no Município de Montes Claros: faço uma pausa neste ponto para falar de Montes Claros. Quando ingressei nesta CPI, muitos de vocês viram pela televisão que vários estados estavam envolvidos nessa corrupção, como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

Fomos surpreendidos pela nossa comissão. O delegado federal em Montes Claros, bem como o Ministério Público Federal, fizeram um trabalho brilhante: uma operação em Montes Claros e identificaram irregularidades e abusos ocorridos nos hospitais e encaminharam à nossa CPI, o que motivou a ida da CPI a Montes Claros. Não foi motivo de alegria participar disso, não foi motivo de alegria estar ao lado de colegas que conheci quando começaram o trabalho em Montes Claros e acredito que, influenciados por essa máfia, perderam a noção do juramento que fazemos quando terminamos o curso médico e se juntaram a essa máfia praticando irregularidades. Não fui eu que levei a CPI a Montes Claros, como noticiou uma parte da imprensa. Não tenho essa capacidade, sou deputada de primeiro mandato, sou aprendiz. A CPI foi motivada por uma ação de Montes Claros, que sempre sai na frente. Quem conhece a história do SUS sabe que lá nasceu o SUS. Somos aguerridos e tivemos a oportunidade de receber essas denúncias. Mais do que isso, quando a CPI estava se encerrando, nossos deputados bradaram ao presidente Eduardo Cunha que desse mais prazo para avaliarmos outros estados, já que Montes Claros havia mostrado que possuía profissionais que poderiam ajudar a fazer esse levantamento no Brasil, por meio da Polícia Federal. Mas havia prazo para encerrar e não conseguimos fazer o que desejávamos. Porém, Montes Claros deu o exemplo. Eu ainda insisti, no dia da entrega do relatório ao ministro, que isso fosse feito rapidamente na nossa cidade para mostrarmos que fomos capazes de fazer nascer o SUS e que também somos capazes de identificar essa corrupção e coibi-la. Há um requerimento meu, protocolado em agosto, e ainda não recebemos a visita do Denasus.

Encerro minhas palavras agradecendo a participação de cada um de vocês, especialmente do meu município, por intermédio da nossa secretária Ana Paula, do Ministério Público, na pessoa do Dr. João Paulo, da câmara de vereadores, na pessoa do vereador Fernandão, que é da Comissão de Saúde. O Norte de Minas em peso está presente. Vejo o prefeito Tiãozinho, de Maria da Cruz, o Ramon. Vamos passar ao debate. Encerro pedindo a vocês uma salva de palmas para aqueles que resolvem o problema. O Brasil tem jeito e quem dá o jeito é cada um de nós que está na ponta. Eu não saí da ponta, continuo médica na minha cidade, continuo fiscalizando. Temos de diminuir a judicialização, mas, quando ela for necessária, temos de usá-la. Posso dizer que Montes Claros vai dar o exemplo para o Brasil. Ana Paula, fique de cabeça erguida porque estamos fazendo o correto. Montes Claros é uma das poucas cidades que está judicializando, a prefeitura junto com a Secretaria de Saúde e com o Estado. Tiraram a nossa saúde plena, mas vamos lutar muito para que, por meio do diálogo e não da judicialização, possamos retornar e atender muito bem não só o Norte de Minas, como já fazemos, mas até o Sul da Bahia.

– No decorrer de seu pronunciamento, procede-se à exibição de *slides*.

O presidente – Obrigado, deputada Raquel.

Esclarecimentos sobre os Debates

O presidente – Neste instante, daremos início aos debates. Solicitamos aos que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensadas as saudações pessoais. Cada participante disporá de até dois minutos para fazer sua intervenção. Lembramos que a leitura e a apresentação oral de perguntas deverá ser feita de acordo com o volume de sugestões recebidas.

Debates

O presidente – Vamos passar ao debate já encerrando as inscrições. Comentário de Jorge Andrade, de Itajubá: “É importante definir a responsabilidade de cada esfera do Poder Executivo municipal, estadual e federal no atendimento à saúde. Nesse debate está faltando a participação dos conselhos de saúde dos municípios e do Estado. O período de dois dias é pequeno, e, em face da amplitude do tema, é fácil abordar os desvios dos recursos públicos, a dificuldade de acesso, as informações muito técnicas dos governos federal, estadual e municipal. Há omissão da imprensa no controle do abuso dos gastos políticos”.

Só queria dizer que todas as entidades ligadas à saúde foram convidadas para fazer a sua inscrição, principalmente os conselhos municipais, que sempre têm espaço na Comissão de Saúde.

Pergunta de Hilda Matos: “O Centro de Saúde Vera Cruz e a UPA Leste já receberam verba, mas até hoje nada foi feito. Procuo saber como está a fiscalização e qual será a solução”. Essa é uma questão para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que não tem nenhum representante, no momento.

Gostaria de passar a palavra para Hélio Emiliano, da Associação Batista de Assistência Social – Abas – de Betim. Na sua ausência, passo a palavra para Diego Gustavo Bessa, da Prefeitura de São Gotardo. Na sua ausência, passo a palavra para Juliana Oliveira, delegada da Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves – Afag – e presidente da Menkes Brasil.

A Sra. Maria Juliana Oliveira – Bom dia a todos. Dispensando qualquer título, estou aqui como Maria Juliana, mãe do Otávio Henrique, uma criança que viveu durante seis anos lutando por sua vida e, em 2011, vestiu sua armadura de guerreiro e foi morar com Deus.

Muito se ouviu sobre a judicialização aqui, muito foi falado sobre preços altos, absurdos, de alto custo, mas acho que o problema é bem mais básico que isso. Como é que vou falar para as famílias do Estado que represento aqui que a judicialização tem jeito, se não conseguimos as necessidades de baixo custo sem judicialização, como fisioterapia ou uma consulta com um nutricionista? Ouvi alguns mencionarem gastos absurdos que tiveram para mandar crianças para fora do Brasil e que a criança faleceu. E se ela não tivesse morrido? Valeria o gasto? Quanto vale uma vida? Todos aqui têm filhos, todos aqui têm um parente, uma pessoa de quem gostam. Quanto vale a vida dessas pessoas? Vocês têm um preço? Se tiverem um preço, me falem, porque a vida do meu filho não teve preço. No ano passado, lancei um livro com o título *Mamãe, quanto vale uma vida?* É o meu filho me perguntando quanto valia a vida dele. Ninguém quis pagar por ela. A vida não tem preço. Não se fala de custos em relação à vida.

Ouvi, também, falarem sobre as demandas, os mandados judiciais que são entregues de madrugada para os secretários municipais, para os prefeitos. A morte não espera ninguém acordar, tomar o seu café e ler o seu jornal. A morte vem e leva. Então, o mandado judicial é necessário. E, generalizando, falando de todos os prefeitos e de todos os secretários de saúde que estão presentes, gostaria de convidar a se levantar quem está representando a associação de pacientes. Peço que se levante quem está representando um filho que



faleceu por uma doença grave. (- Pausa.) Somos minoria; e os conselhos de saúde também. Somos minoria. Não sei por que não fomos convidados para fazer parte da composição dessa Mesa. O lado de vocês a respeito da judicialização foi escutado, mas, e o nosso lado? É a gente que entra com um processo contra vocês; é a gente que monta o processo e que faz a requisição de medicamentos de alto custo. Por que não fomos convidados para compor a Mesa, para que as pessoas entendam também a nossa realidade, e não apenas a de vocês?

Sei que é difícil para as secretarias municipais e para os prefeitos municipais darem conta de tantos processos judiciais. Mas, a quem vamos recorrer? Na hora em que votamos em vocês, ninguém pergunta se temos uma doença de alta complexidade ou não, se vamos causar custos para os municípios ou não. Nós, que temos filhos com doenças raras, não desistimos da luta, continuamos a perseverar. E por que vocês vão desistir por causa de processo judicial? É preciso muito mais que votos para ocupar uma cadeira. E vocês, que estão aí, que foram colocados para nos representar nos municípios, vão desistir porque a conta não está fechando por causa dos processos judiciais? Gente, é necessário muito mais que isso. Se vocês não estão dando conta, entreguem o cargo. Peço que me desculpem, com o perdão da palavra: se está difícil governar, mandar, gerir o município, entreguem o cargo, porque é preciso muito mais que dinheiro para gerir municípios; é preciso pulso e capacidade.

Fica aqui a minha deixa para vocês: vida não tem preço. Quero saber qual é a proposta de vocês para reduzir a judicialização. Por que acontece a judicialização? Esse ponto não foi questionado. Por que ela acontece? Porque não recebemos o que pedimos. Quando chegamos à última instância da judicialização, é porque já estamos esgotados emocionalmente, fisicamente. Se existe uma conciliação para não chegarmos a esse ponto, peço que me digam, porque vim aqui hoje para ouvi-la. Obrigada.

O presidente – Obrigada, Juliana, sempre participativa na Comissão de Saúde, onde já tivemos uma audiência sobre doenças raras.

Obrigada, Juliana, sempre tão participativa na Comissão de Saúde, em que já tivemos uma audiência sobre as doenças raras. Depois disso, participei, com a Juliana, as pessoas portadoras dessas doenças e o deputado Antônio Jorge, de ações para buscar um rumo e ajudar efetivamente. Em uma apresentação feita naquela audiência, falaram sobre a judicialização da saúde e também que o Ministério da Saúde disponibiliza para essas doenças menos de 0,1% do seu orçamento. As doenças são raras, mas cada pessoa envolvida quer uma solução, portanto a Comissão de Saúde estará sempre à disposição, caminhando. A Juliana está ajudando a coordenar esse grupo para começarmos a normatizar isso em Minas Gerais e sabermos onde vamos buscar atenção para essas pessoas. Ela, os portadores da doença de Crohn, ontem mencionada aqui, e os de várias outras, algumas extremamente raras, podem contar conosco, estaremos sempre à disposição.

Quanto à segunda questão que você colocou, todos os conselhos municipais de saúde receberam um convite da assessoria da Assembleia Legislativa, assim como o conselho estadual, e a Comissão de Saúde já até votou para que o conselho estadual participe de todas as nossas reuniões de que queiram. Como estavam muito envolvidos com a conferência, o Ederson tem dito que não estão com tempo, mas eu já lhe cobrei, publicamente, várias vezes, uma reunião comigo para fazermos encaminhamentos.

O deputado Doutor Wilson Batista – Sr. Presidente, gostaria apenas de acrescentar – e realmente foi muito pertinente a intervenção da colega – que a proposta desse fórum foi ouvir todos os segmentos. Fizemos diversas reuniões preparatórias com o Conselho de Saúde, representantes do Poder Judiciário, representantes das universidades; as pessoas que fizeram parte da Mesa são detentoras de conhecimento em nível nacional. Então, queremos exatamente ouvir as pessoas. Não estamos aqui com a proposta de privilegiar nenhum segmento. Queremos exatamente entender a necessidade do povo, o sofrimento e as dificuldades das pessoas para criarmos soluções para cada caso. Entretanto, precisamos entender que a medicina e a ciência têm seus limites. Apesar de tudo, as doenças existem, e muitas delas são incuráveis, embora tenhamos tantos arsenais terapêuticos. Precisamos lutar para que o avanço da medicina, as tecnologias incorporadas e os medicamentos utilizados produzam resultados; não podemos deixar pessoas perderem sua vida quando isso pode ser evitado. Esta é a nossa preocupação: evitar que alguém morra por um motivo que a medicina poderia impedir, salvando essa vida.

Portanto, a nossa intenção com esse fórum é ouvir, discutir e tomar as melhores decisões. Para isso, dependemos também dos estudos científicos, e por isso trouxemos aqui pessoas com estudos comparativos para que a nossa opinião própria não seja a referência para uma decisão quanto a um medicamento, um protocolo ou uma diretriz. Não podemos trabalhar hoje com opiniões próprias; precisamos trabalhar amparados em opiniões de pessoas que perdem anos e anos descobrindo o que é melhor.

Procuramos dar esse aspecto a este fórum. Tenho certeza de que a contribuição de todos que participaram foi bastante significativa. É claro que esse debate pode ser bastante ampliado, mas é apenas o primeiro. Temos de repeti-lo porque muitas mudanças ocorrem ao longo de um ano. É por isso que estamos aqui representando o voto de vocês, demonstrando o nosso trabalho. Esse aqui é o trabalho de uma Assembleia, de deputados, e queremos fazer o melhor para atender aos anseios do povo. Muito obrigado.

O presidente – Muito obrigado. Queremos dizer que a Comissão de Saúde realizou 33 reuniões no primeiro semestre. Só nesta semana, foram 8 horas de reunião ontem, mais 8 horas de debate hoje. Amanhã estaremos em Conselheiro Lafaiete, conversando com os conselhos municipais e os hospitais a respeito do hospital regional. Amanhã, à tarde, teremos outra reunião. Estivemos em todos os lugares e continuaremos caminhando. Onde o parlamentar entrou na Constituição? Falando, no art. 196, que a saúde é um direito de todos. Daí para a frente vem a questão da judicialização, vem o governo federal cada vez se eximindo mais de estar na saúde. Por que a judicialização ocorre? Se os medicamentos estivessem na lista, se houvesse aquele procedimento, não haveria judicialização. Quando falta pão, ninguém tem razão. Com a palavra, Renê Leite, do Consórcio de Saúde de Muriaé. Logo em seguida, Aguiar dos Santos, do Sindicato de Saúde de Ipatinga. As inscrições estão encerradas.

O Sr. Renê Leite – Boa tarde a todos. Sou secretário executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste – Cisleste –, de Muriaé, e estou aqui acompanhando as discussões desde ontem. É uma prática nossa o consórcio nortear as discussões, inclusive a partir das conferências de saúde, onde discutimos não só a judicialização como também a relação público-privada. Gostaria de chamar a atenção e dar a nossa contribuição com destaque para essa situação.

Sabemos que a judicialização é necessária, é importante, e deve acontecer mas não tem um regulador. Quando se judicializa e mandam pagar, não estão preocupados com a questão de onde esse procedimento será feito. Por que esses procedimentos não são



licitados e feitos dentro dos investimentos públicos? Vão para a iniciativa privada e servem muitas vezes para furar filas, atender a terceiros e principalmente à iniciativa privada. Então temos de ter a judicialização, mas temos de regular isso porque muitas vezes ela não atende às reais necessidades de quem está precisando, e sim a interesses particulares. Gostaria que o Dr. Fausto atentasse para essa situação.

Em Muriaé, o consórcio está tomando a providência de licitar alguns procedimentos mais comuns dentro da judicialização, de usar AIH nos casos de internação para, através do consórcio, apenas complementar os procedimentos. Acho que tem de haver ações assim para regular essa situação, a fim de que a judicialização não tire o dinheiro público cujos investimentos já são cada vez menores para levá-lo ao privado. Gostaria que o Dr. Fausto ou o deputado Antônio Jorge, ex-secretário, meu amigo, pudesse falar da situação, ele que também é um defensor dos consórcios.

O presidente – Perfeitamente. Obrigado, Renê, pela contribuição. Com a palavra, Aguiar dos Santos, do sindicato de saúde de Ipatinga. Gostaria que as perguntas fossem mais objetivas porque teremos de começar a palestra do Dr. Renato Dresch às 14 horas. Ainda temos alguns inscritos.

O Sr. Aguiar dos Santos – Boa tarde a todos. Neste momento em que passa o País, é difícil não nos emocionarmos e não chorarmos quando a nossa plenária coloca a situação das famílias e do povo.

Num momento como este, às vezes não conseguimos raciocinar, mas tentarei ficar, de acordo com a sugestão do presidente do Tribunal de Contas, dentro da sabedoria. Quando olharem para aquele papagaio, que não é um papagaio mas uma mulher, muitas pessoas vão tentar trabalhar essa questão.

A pergunta é para o presidente do Tribunal de Contas, apesar de não vê-lo na Mesa. Então vou passar a minha pergunta para que a Mesa a encaminhe a ele.

O presidente – Faça isso. Há outras perguntas aqui que também serão enviadas a ele depois.

O Sr. Aguiar dos Santos – *O.k.* Dentro da questão da responsabilidade solidária, gostaria de resgatar que está registrada nos anais desta Casa a fala da doutora e professora em direito administrativo, Élide Graziane, em um debate sobre financiamento de direitos fundamentais, progressividade da educação *versus* estagnação na saúde pública, no segundo semestre de 2012, em um ciclo de debates como este. Naquela época, ela mencionou uma questão muito séria. Ela disse que a responsabilidade civil e criminal também passa pelos outros entes, pelos governos federal, estadual e municipal. Mas, de acordo com o que ouvimos hoje, apenas o governo municipal está sendo responsabilizado.

Assim sendo, com base nessa questão, gostaria que o presidente do tribunal nos dissesse depois o que é responsabilidade solidária. Digo isso porque, à época, a Dra. Élide Graziane disse que a Constituição determina intervenção no estado quando o financiamento da saúde, isto é, os repasses, não forem respeitados. Aliás, no documento que elaboramos para discussão na nossa comunidade, em Coronel Fabriciano, abordamos essa questão, que é muito pertinente. É por isso que fico feliz por participar deste debate.

A pergunta para o presidente do tribunal é a seguinte: como o tribunal recebeu as contas do governo do Estado no repasse, no financiamento dessa saúde? O governo realmente investiu o que a Constituição determina para o Estado? Precisamos entender se não houve responsabilidade do governo. São questões que precisamos entender. Faço essa pergunta aqui. O que é responsabilidade solidária? Qual é o papel do tribunal na questão das contas do governo? O que o tribunal detectou e quais os encaminhamentos? Como sociedade, temos de cumprir o nosso papel sempre que ouvirmos que o governo está desviando ou não cumprindo com as obrigações dele. Temos o papel de denunciar e fazer encaminhamentos. Gostaríamos de saber como o tribunal, do ponto de vista técnico e científico, tem trabalhado essas questões. A partir disso, poderemos discutir as outras questões. Na parte da tarde, voltaremos a discutir esse documento, para discutirmos a questão do PL, deputada, mas vamos deixar isso para depois.

O presidente – Obrigado, Aguiar. Peço à assessoria que anote a pergunta do Aguiar para que possamos encaminhá-la ao Tião Helvécio, ao Sebastião Helvécio. Com a palavra, a Sra. Margareth Maria Araújo Lemos, da Afag.

A Sra. Margareth Maria Araújo Lemos – Boa tarde a todos. Entre as várias questões de que falei ontem, também mencionei a questão da Anvisa, mais precisamente dos medicamentos órfãos. Há ainda outro problema que apareceu várias vezes: a chamada máfia entre a indústria farmacêutica e os médicos. Se uma pessoa ganha um privilégio, não se importando com a vida do outro, isso é um problema. Então a minha pergunta é: que tipo de controle pode-se fazer desses laboratórios e desses médicos? Aliás, a maioria desses médicos atendem em hospitais públicos. Quero saber que tipo de controle pode ser feito em relação a isso.

Além disso, só gostaria de lembrar que a Juliana perguntava por que não temos representação na Mesa. Acredito que não basta ter um nível de conhecimento grande. As pessoas que estão ligadas a essas associações não têm um conhecimento intelectual que se obtém com o estudo, mas elas podem falar muito sobre as doenças graves.

Aliás, Dr. Arlen Santiago, já faço parte do GT. Eu estava na audiência pública, e uma coisa me tocou muito. Não lembro o nome de quem falou. Alguém falou que a doença é rara, mas não é rara para quem atende. Acabo de receber uma mensagem de uma portadora de HPN: “Pelo amor de Deus, ajudem-me, pois descobri que estou perdendo o meu baço e vou ter de fazer um transplante. Como faço para adiantar o processo que já está lá para ser deferido ou indeferido?”. Porque, em alguns casos, o processo é indeferido. Graças a Deus, temos a Afag, que dá apoio judicial. Falaram dos advogados privados, mas, no nosso caso, o advogado, graças a Deus, é gratuito, porque não somos muitos portadores e não temos condições de pagar, e as associações como a Afag nos dão esse apoio, nos socorrem nesse desespero. Ela quer conseguir alguns vidros para começar a usar o medicamento porque está perdendo o baço. Assim como ela, outros e eu também temos sequelas graves da doença enquanto aguardávamos o processo judicial. Esse é outro problema por que passamos, fora o diagnóstico e os medicamentos que não são aprovados pela Anvisa e são difíceis de conseguir. Eles são caríssimos. Uma vez fiz um cálculo inicial: o remédio custava R\$13.000,00 cada frasco, e eu teria de trabalhar pelo menos 40 anos com o salário que eu tinha à época. Hoje o frasco custa mais de R\$20.000,00; não quero nem fazer o cálculo. Então, é isso: como fazer esse controle junto às indústrias farmacêuticas médicas? Obrigada.



O presidente – Obrigado, Margareth. Como sempre, vocês terão todo *staff* necessário na Comissão de Saúde. Com certeza, na mesa, falta muita gente da área da saúde. Por exemplo, vários hospitais – o da Baleia e o Samuel Libânio, de Pouso Alegre – queriam estar aqui debatendo a falência dos hospitais que estão fazendo procedimentos de urgência e emergência.

Quero cumprimentar a secretária Rejane Valgas, de Curvelo, que coloca R\$600.000,00 por mês de dinheiro do município no Hospital Imaculada Conceição, para manter a porta da urgência e emergência aberta. Com isso, ela está evitando a judicialização. Parabéns por esse trabalho.

Com a palavra, Cristiane Duarte, da Procuradoria Municipal de São José da Lapa. Na sua ausência, com a palavra, Walter Bittar, da Afag.

O Sr. Walter Bittar – Bom dia a todos. Sou representante da Afag também, sou o terceiro a falar. Quero só fazer um apontamento ao presidente da Associação de Municípios de Minas Gerais. Sei muito da pauta municipalista. Trabalhei até com a Confederação Nacional de Municípios e sei da realidade. A angústia do gestor é só uma das angústias. Há a angústia dos magistrados que não sabem o que fazer quando lhes chegam demandas como essa e há a maior angústia de todas, a do paciente, aquele que está com a vida à beira da morte.

A questão é a seguinte: o Judiciário não cria políticas públicas; determina que a lei seja cumprida. Os pacientes querem que a lei seja cumprida e que tenham atenção. Agora basta saber se aqueles que criam políticas públicas, os gestores, estão resolvendo essas questões, se vão criar alternativas inteligentes para resolvê-las. A maneira mais fácil de resolver isso é acabar com a judicialização e condenar todo mundo à morte. Ninguém quer pensar em uma solução. As associações, a própria Confederação Nacional de Municípios são ótimas para criar notas técnicas para discutir o pacto federativo, a distribuição de tributos, criam páginas e páginas, mas e sobre essa questão? Cadê a solução inteligente?

Há várias alternativas de gestão pública que até resolveram questões ambientais, dos mananciais, de degradação das florestas em matas ciliares. Qual foi a alternativa? O poder público paga aos pequenos produtores pela área que precisa de preservação, para que a população tenha água. Então, conservou-se lá e haverá água para todas as pessoas na cidade; todos estão sendo beneficiados. Ele resolveu da maneira mais inteligente: o benefício de ter água e recurso para o pequeno produtor, que tem pouca extensão de terra. Isto é gestão pública inteligente: fazer as coisas com facilidade.

Portanto, falar “vamos acabar com a judicialização” sem se importar com as pessoas que dependem dela, sem saber o que elas estão sentindo, não dá. Na verdade, o que elas estão ouvindo é que vão morrer.

Vejam que nem a judicialização é garantia para a sobrevivência das pessoas, pois, além da determinação, o próprio Ministério da Saúde atrasa a compra dos medicamentos. Há pacientes que não conseguem esperar e morrem nesse prazo. O que percebo é que, quando há um esquema de corrupção, como o da Petrobras, que desvia bilhões – desde Nabucodonosor nunca se viu um esquema de corrupção como esse –, surgem vários gestores e políticos para dizer: “Temos de salvar a Petrobras”. O problema não é a corrupção. Mas, quando falamos sobre a judicialização da saúde, ninguém quer salvar a vida dos outros, não. Salvar a Petrobras todos querem, mas, e a vida das pessoas? Esse é o meu comentário. Obrigado.

O presidente – Com a palavra, o Sr. Marcos Vicente, do Município de São Geraldo do Baixio.

O Sr. Marcos Vicente Mendes – Boa tarde. Sou prefeito de São Geraldo do Baixio, Leste de Minas Gerais.

Sobre a judicialização, tive um problema sério envolvendo a cirurgia de uma criança. O promotor da comarca concedeu quatro dias para a solução do problema, mas não conseguimos resolvê-lo a tempo. Resolvemos o problema em um prazo de 30 dias. Depois de tudo resolvido, será instaurado um processo contra o prefeito, que sou eu. Vocês acham isso correto?

Falando sobre entregar as chaves das prefeituras, como foi dito aqui, primeiro será preciso pedir as chaves à presidenta, pois ela teria de assumir a maior parte, mas não assume e joga tudo para os prefeitos, que hoje estão sempre pagando por tudo ou pela maior parte. Muito obrigado.

O presidente – Obrigado, prefeito. Informo que, desde que sou presidente da Comissão de Saúde, no início deste ano, em fevereiro, nenhuma das vezes o Ministério da Saúde atendeu a qualquer convite dessa comissão. Com a palavra, o Sr. Marcos Luiz de Carvalho, do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

O Sr. Marcos Luiz de Carvalho – Boa tarde a todos. Na realidade, não se trata de uma pergunta, mas de um comentário direcionado ao secretário Fausto. Em nossas reuniões, discutimos isso. Em 2011, com o advento da Lei nº 12.401, passou-se à Conitec toda a atribuição relativa à questão dos medicamentos e procedimentos no Brasil.

Para nós, como Estado e municípios, foi relegado a isso, até como argumento, a questão relativa aos protocolos estaduais e municipais. O José Maurício citou que, em 2014, o ácido deoxicólico foi um dos medicamentos mais demandados. Por que são demandados? Porque não há protocolo. Por se tratar de um medicamento unitariamente barato, não se considera que o tratamento é custoso para o paciente.

Essa discussão tem de ser retomada, para vermos a questão da Comissão de Farmácia e Terapêutica estadual. Os municípios maiores, que têm a Comissão de Farmácia e Terapêutica, podem estudar a questão da judicialização, para verem quais são os medicamentos mais demandados. O custo de recorrer pode ser muito mais caro do que o medicamento em si. Temos de ver a questão da economicidade, que é um princípio da administração pública.

Nesse ponto, continuo pondo o Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais como parceiro para o que precisarem, a fim de ajudarmos nisso. Muito obrigado.

O presidente – Excelente. Muito obrigado. Leremos algumas perguntas a serem encaminhadas ao Sebastião Helvécio. “Ana Paula: Com a situação dos municípios cada dia mais instável, como o senhor vê a judicialização à porta dos municípios, considerando-se que a responsabilidade é tripartite?”

Temos falado várias vezes sobre esse tema. Queremos fazer um convênio, para que o Ministério Público e a Defensoria Pública possam entrar contra o Ministério da Saúde. No Brasil, R\$18.000.000,00 foram gastos com medicamentos para o tratamento de câncer. Quanto é para o município? Quanto é para o Estado?



“Nathanaela Felícia Borges, Município de Pará de Minas; Ana Paula Delfino, Secretária de Saúde de Várzea da Palma; Ricardo Almeida Viana, secretário de Saúde de Carlos Chagas; e Maria Aparecida Sicupira, de Paracatu: Qual é o posicionamento do Tribunal de Contas de Minas quanto ao cumprimento pelos municípios de decisões judiciais que impõem obrigações cujos prazos e valores são inexequíveis nos termos da Lei nº 8.666 e contrárias às regulamentações da política pública de saúde? Enfim, como justificar perante o Tribunal de Contas e demais órgãos de fiscalização, inclusive pela ótica da Lei de Responsabilidade Fiscal?”

Giovanna Carone Nucci Ferreira, do Ministério Público de Minas Gerais: “Quando existe a judicialização para fornecimento de um determinado medicamento, o gestor pode fazer a dispensa de licitação para comprová-lo?”. Gostaria de passar isso à Thábata, para que a Comissão de Saúde o encaminhe, junto com a pergunta do Aguiar Santos, ao Sebastião Helvécio.

Perguntas dirigidas ao Sr. Antônio Júlio. Leila Silva, do Município de Barroso: “Não seria prudente a criação de uma forma de ressarcimento administrativo para municípios que estão cumprindo obrigações dos estados referentes a medicamentos e procedimentos de alto custo?”.

Mateus Aranha, da Unimed-BH: “Têm conhecimento se os municípios são assolados com liminares para fornecimento de *home care*? Caso positivo, como fazer para cumprir tanto com a disponibilidade de pessoas – enfermeiros 24 horas, médicos, fisioterapeutas – e disponibilidade de recursos financeiros?”.

Os cuidados paliativos para pacientes com câncer não têm nenhuma remuneração por parte do SUS. O Hospital Dilson Godinho, em Montes Claros, tem um sistema montado pelo Dr. Cláudio Henrique e pela enfermeira Érica Romina, que atende às pessoas, diminui o custo nos hospitais e não tem nenhuma remuneração. Recebeu o prêmio da Johnson & Johnson pelo trabalho mais carinhoso na área de cuidados paliativos da Região Sudeste.

Beatriz Santos, da Fhemig: “Qual é o preço da vida humana, que pode ser inclusive um ente querido do senhor? Deus queira que não. O assunto da judicialização é complexo, por isso está sendo discutido em busca de soluções e meios para enfrentá-lo. Precisamos de participação efetiva em eventos como este”.

Wellington Wadson Lins, Belo Horizonte: “O que o senhor qualifica como pequenas denúncias, pois toda denúncia é grande? São as pequenas atitudes que vão somando forças. As prestações de contas que são levadas para ser aprovadas deveriam ser fiscalizadas e aprovadas pelo Ministério Público”.

Daqui a pouco, o Antônio Júlio vai responder a essas perguntas. Há um medicamento utilizado em transplante de medula óssea, denominado anfotericina B lipossomal, que custa R\$180.000,00 e não está na tabela do SUS. Quantos centros de transplante há em Minas Gerais? Pouquíssimos: Hospital das Clínicas, Santa Casa, Hospital São João de Deus, em Divinópolis, que não têm esse medicamento. Felizmente, a Federassantas tem entrado contra o governo federal, que tem sido condenado a fornecer o medicamento, que deveria estar na tabela do SUS.

Perguntas dirigidas ao secretário Fausto Pereira dos Santos. Hilda Matos: “Gostaria de saber o que pode ser feito pelo Hospital Central de Januária, que se encontra em um estado precário”.

Comentário de Edna Franciete Pereira, secretária de Saúde do Município de Varjão de Minas: “Meu município foi contemplado com o caminhão da mamografia, um brilhante programa da Secretaria de Estado de Saúde, na época do secretário Antônio Jorge. Hoje tenho fê em que o governador Pimentel, através dos fóruns regionais, verá e sentirá as dificuldades de cada região, então poderá traçar estratégias adequadas para cada região, fortalecendo as redes de saúde e cada regional de saúde. Assim, os que estiverem na ponta poderão ter esperança na solução dos seus problemas”.

Alessandra Castro, da Associação Mineira de Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais: “Por que a licitação de medicamentos de alto custo acontece quando acaba o medicamento e o paciente fica sem alternativa? A SES não possui a demanda? A judicialização não aumenta porque a SES não cumpre o devido? A Ouvidoria da SES está demorando mais de 10 dias para retornar o recebimento da reclamação. O telefone 155 não sabe dizer o motivo da falta de medicamentos – caros, entre R\$300,00 e R\$500,00 – nem a previsão de chegada. Isso está acontecendo em Belo Horizonte e em vários municípios”.

Maurina Fonseca Mota, defensora pública em Montes Claros: “O que tem impedido a SES de implantar no Estado as câmaras de conciliação ou mediação com a sua participação nas comarcas, já que essa prática evitaria muitas demandas contra o Estado?”.

Pergunta dirigida ao deputado Doutor Wilson Batista. Alessandra Castro: “Por que não existe representação de pacientes na Mesa ou nas palestras, já que o ciclo de debates diz respeito também à realidade deles?”.

O pessoal da Comissão de Doenças Raras tem tido, sempre que chamado, espaço e atenção da Comissão de Saúde e de sua presidência. Hoje estamos discutindo questões referentes a 20 milhões de pessoas. Se, por acaso, a Comissão de Doenças Raras, o grupo técnico, único grupo criado pela Comissão de Saúde para normatizar isso, quiserem, poderão assentar-se na Mesa da Comissão de Saúde quantas vezes desejarem.

Pergunta dirigida ao deputado Arlen Santiago. Luiz Fernando, secretário de Saúde de Matias Barbosa: “Até o momento se discutiu tratamento de doenças que representam 20% das ações de saúde. Não seria também importante começar a discutir promoção de saúde, melhorando os indicadores de saúde?”.

Concordo, sem sombra de dúvida. Acontece que as prefeituras estão tendo que gastar com a falta de investimento do governo federal e, com isso, a promoção da saúde diminui cada vez mais. Vemos, por exemplo, que o programa de prevenção do câncer de mama conseguiu ter um avanço. Entregamos para o secretário Fausto o pedido do programa de prevenção do câncer colorretal e também como fazer com a biópsia de próstata. Queremos, então, passar para o Fausto para que possa responder.

Fausto, antes disso, temos mais duas perguntas: a primeira da Maria Aparecida Sicupira, secretária municipal de Paracatu, e a outra de Roger Carvalho, do Sindicato dos Psicólogos.

A Sra. Maria Aparecida Sicupira – Bom dia, serei breve. Na verdade, Dr. Fausto, gostaria apenas de dividir uma questão que tem me deixado muito ansiosa, inclusive sem ficar muito à vontade neste evento. O estado e o município de Paracatu receberam mandado judicial a respeito de uma paciente que está internada no nosso hospital municipal. Essa paciente tem câncer de vesícula avançado e precisa de um procedimento cujo nome é drenagem biliar endoscópica. Não conseguimos isso em lugar algum. O estado já tentou



comprar esse serviço em hospitais particulares, mas não conseguiu. Estamos sendo pressionados pelo Judiciário e sei que o estado também. Quero documentar isso para que o Judiciário entenda que estamos correndo atrás, temos tudo documentado, mas não conseguimos avançar. Documento e peço auxílio a quem puder nos ajudar. Obrigada.

O presidente – Com a palavra, Roger.

O Sr. Roger Carvalho – Roger, do Sindicato dos Psicólogos e do Conselho Municipal de Saúde de Januária.

O presidente – Ótimo, um conselheiro que veio aqui.

O Sr. Roger Carvalho – Arlen, tomei conhecimento do evento pelo portal da Assembleia. Posso afiançar que não recebi convite e sou presidente do conselho. Desculpe-me, pode ter havido algum engano, a comunicação está chegando pela internet, mas a nossa não chegou e posso afiançar que muitos conselhos também não a receberam.

Presenciei todo o tempo debates excelentes, falas muito boas, mas reafirmo para o amigo que faltou controle social. Não se pode fazer saúde sem controle social, o que é lamentável. Sabemos que o norte-mineiro precisa muito da eficácia do controle social. Muitas vezes, se a saúde lá não vai bem, é porque muitos – não são todos – não respeitam os conselhos de saúde. Quando as coisas estouram, Arlen, é porque os conselhos foram os últimos a saber. Isso dificulta a eficácia do controle social. O secretário Fausto sabe que a presença e a eficácia do controle social são fundamentais para que haja saúde.

Ao tratar da judicialização, não ouvimos o controle social? Muito me admira, por exemplo, o conselho estadual não estar presente. Eles não vieram fazer suas intervenções, o que muito me surpreende. Fico ainda mais surpreso porque não vieram conselhos e controles sociais do Norte de Minas para fazer uma disputa.

Ontem, fiz uma intervenção dizendo que falamos da universalização, da integralização, mas que não se tratou da equidade, o que para mim é um complicador. Claro que fazemos, todo o tempo, defesa pela vida. Vida não tem preço. Sabemos que a saúde tem investimentos, que são muito caros, e estamos no coletivo. Como fica essa situação?

Se há judicialização e daqui não saiu encaminhamento importante para que criemos os protocolos clínicos por meio dos comitês ou comissões... Acho que a Assembleia deveria até enfatizar para que as próprias câmaras municipais façam esse tipo de debate também com a sociedade. É lógico que vamos ficar meio capengas, embora este seminário, este ciclo de debates possa gerar grandes frutos, principalmente hoje à tarde, quando a gente tentar aprovar – não sei se vai haver aprovação – os encaminhamentos, para fazermos um aprofundamento na questão da judicialização.

Embora haja casos muito necessários, entendo que não é uma arena do Judiciário. Acho que a saúde é que tem de resolver esse problema, de uma maneira ou de outra, a partir do coletivo, do controle social e ouvindo a sociedade. Mas vocês estão de parabéns por este evento.

O presidente – Obrigado, Roger. Queremos dizer que, nas 33 audiências que realizamos no primeiro semestre, várias no interior, sempre os conselhos municipais de saúde têm o seu assento. Já foi votado para que o Conselho Estadual de Saúde tenha assento em todas as reuniões da Comissão de Saúde. Queremos dizer também que, em outubro ou novembro, a comissão estará em Januária, onde, com certeza, o Conselho Municipal de Saúde estará presente. A data não está marcada ainda; será em outubro ou novembro, em Januária, para que a região possa estar presente. Às vezes nem sei se é muito bom o conselho municipal de saúde se colocar. Em Montes Claros, várias pessoas do conselho se manifestaram. O Dr. João Paulo, do Ministério Público, pediu a continuidade de uma excelente técnica na GRS, e apresentamos lá o requerimento elaborado pelo Roberto Coelho, pelo Kojak, pelo Ministério Público. Aí, o que aconteceu? Imediatamente, antes de o requerimento chegar à secretaria, a Dra. Olívia foi trocada por outra pessoa. Então, às vezes, a precipitação, a política tem de ser o instrumento. Com a palavra, o deputado Antônio Jorge.

O deputado Antônio Jorge – Obrigado, presidente, deputado Arlen. Tomei a iniciativa de falar antes do momento destinado às respostas, porque o que vou dizer talvez possa merecer algum comentário de um dos nossos palestrantes.

Querida ser bastante objetivo, em função do adiantado da hora, mas realmente, a partir de tantas expressões, de tantos aspectos apresentados, acabamos nos implicando muito e ficamos até um pouco angustiados. Mas é preciso colocar de volta aos trilhos algumas questões.

Algumas falas recentes apresentaram certo antagonismo, na realidade, não sei a partir de qual percepção, porque tudo o que foi dito pela Mesa até agora é exatamente que o problema da judicialização expressa aspectos positivos e desafiadores. Tanto ontem como hoje gostaria muito de me posicionar nesse sentido, porque, além do papel de parlamentar, sou ex-gestor de saúde, vivenciei no meu CPF essa questão. Quero dizer ao colega de Ipatinga que o Estado é acionado mais que os municípios. O ente federal tem certo conforto.

De acordo com dados recentes, são 15 mil ações em trâmite. Eu, pessoalmente, como gestor e por ser preciso nomear um responsável, devo ter sido responsável por 4 mil ações; em algumas delas, respondendo como pessoa física até hoje, o que não tem nada a ver com a minha diligência ou ausência de diligência. É distorção dizer que não há omissão do ente estadual, apesar de estar aqui o gestor. Não tenho prerrogativa para falar sobre isso.

Outra questão. Nós, como sociedade madura, precisamos ter delicadeza, agendas que trazem emoção como esta, que trazem aspectos sempre muito dramáticos, mas é preciso, no debate público, serenar ao máximo. E temos de partir de algumas premissas. Infelizmente acho que faltou um pouco disso nesta Mesa. Os orçamentos são finitos. Não adianta o discurso apontar para um lado e para o outro e não reconhecer que vivemos uma questão concreta: os orçamentos são finitos. O que podemos discutir – e aí cabe a discussão politizada – é a prioridade que se dá a essa ou àquela área. Independentemente de os governos se posicionarem assim ou assado sobre essa prioridade, ele sempre será finito.

E aí falou-se muito. A representante da Conitec estava aqui, e agora mesmo se falou da Lei nº 12.141, que a questão estaria resolvida a partir de 2012. O Dr. Renato está aqui e pode falar sobre isso com muito mais balizamento.

Até por ter passado esse papel como gestor, acho que precisamos assumir que a Constituição não é um totem e não deve gerar tabu. Apresenta-se emenda constitucional para tudo neste país e, na questão da saúde, não sei nem se exatamente seria necessário elaborar uma emenda, mas é preciso avançar no entendimento da Constituição, ou regrar, através de uma emenda, o entendimento da



integralidade. Muitos dos absurdos citados aqui em relação a judicialização, porque existem situações quase anedóticas de judicialização, derivam de um entendimento constitucional muito alargado de um tudo para todos. Muitos países adotaram a integralidade como sistema universal e têm a premissa da integralidade no seu modelo não só constitucional, mas também de atenção, só que para isso funcionar bem tem que, de alguma forma, dizer onde começa e onde termina. Do contrário, nunca encontraremos solução para as questões distorcidas da judicialização. Existem distorções, e a Lei nº 12.141, da Conitec, representa um avanço muito grande nessa luta, mas é uma lei ordinária, não submete a Constituição.

A 1ª instância em todo o País – e em Minas Gerais não é diferente – vai quase a um padrão de resposta, tanto de quem provoca a judicialização quanto de quem a acata. Tanto o demandante quanto o Judiciário sempre se apoiam na questão constitucional do dever do Estado e da integralidade, sem definir um padrão de integralidade.

Essa discussão do SUS precisa sair de um patamar mais retórico e partir para uma visão de mundo real, pois estamos caminhando para um SUS de excluídos, um SUS que não abriga 200 milhões de pessoas, que está cada vez mais restritivo, porque o grande pano de fundo da discussão da judicialização está sendo o financiamento.

Foi dito aqui ontem também que 70% da judicialização são relativos a coisas ordinárias do sistema, não são sobre doenças raras. A questão da judicialização das doenças raras representa um avanço do ponto de vista da cidadania. O máximo que tem de ser retirado da judicialização é cada vez mais caminhar para a incorporação tecnológica, cada vez mais reconhecer o que eu disse ontem e quero dizer novamente: quando uma doença que tem uma incidência de 1 sobre 100 mil pessoas se abate em uma família, ela é 100%. Graças a Deus o País vive um pleno estado de direito e tem a judicialização. Esse é um aspecto positivo da judicialização que nós, desta Mesa, não nos colocamos contrários. Oxalá não precisemos da judicialização porque os procedimentos foram incorporados. Essa é a luta da nossa Comissão de Saúde, de que vocês são testemunhas na agenda das doenças raras.

Queria lançar aqui, principalmente para o Dr. Dresch, que à tarde nos dará mais uma contribuição, que precisamos discutir a integralidade a partir de algum padrão, mas não um padrão para piorar, e sim para garantir a saúde, porque hoje não a estamos garantindo. Quando não regramos o que é integralidade, na realidade, permitimos distorções, iniquidades e não garantimos o que é necessário para manter um modelo de atenção de que já temos convicção, do ponto de vista técnico, de qual deve ser.

Queria muito ver se nesse resto de tarde realizamos também a discussão da integralidade para percebermos que esse aparente antagonismo, não é um antagonismo, pois se complementam, mas há uma hierarquia de leis. A lei da Conitec não vai resolver isso. Nosso palestrante de ontem, Dr. Álvaro, fez uma belíssima exposição sobre medicina baseada em evidências e citou dois exemplos. Lembro aqui que um deles foi sobre o *stent* farmacológico, de que temos evidências. E daí? A Constituição diz que é tudo para todos. O paciente vai se consultar, e o doutor prescreve um *stent* farmacológico, e a Justiça continua concedendo, apesar da revisão sistemática, apesar da Conitec, apesar dos estudos.

A judicialização é do estado de direito e tem de ser preservada, ponto. Mas a judicialização que traz distorções, que não acata evidências científicas, tem de ser coibida. Para coibi-la, precisamos discutir um padrão de integralidade, do contrário ficaremos enxugando gelo nessa agenda.

Essa é a angústia de um ex-gestor, que trabalhou protocolos, que esteve presente nas discussões do Conaf, que participou de todos os fóruns e que viu que a judicialização cresce nesse aspecto, que estou chamando de distorcido. Existem coisas concretas na esfera da gestão que estão sendo feitas – espero que o Dr. Fausto possa se manifestar sobre isso –, e as agendas na área de gestão melhoram o perfil. Muito desse resultado apresentado, da queda dos gastos com judicialização, é multifatorial, mas um dos fatores foi o lucro de judicialização articulado numa situação muito simples: aplicamos um fordismo ao processo de judicialização, mas trouxe eficiência; conseguimos diminuir o número de liminares; conseguimos responder à Justiça, muitas vezes, antes da concessão da liminar. Essa é uma questão que precisamos estender para todo o Estado.

Havia uma proposta na mesa do ex-governo que não foi colocada em prática, de distribuir essas juntas pelas quais o Dr. Dresch, grande responsável na sua autoridade intelectual, na sua questão autoral, por todas as grandes comarcas do Estado, porque a judicialização também está lá, no município. É preciso criar essas juntas e gerar via administrativa – o que foi dito aqui também, com muita percepção –, coisa que é possível fazer. É reconhecer que a judicialização tem uma bandeirada, como um taxímetro. Ela já sai com um valor – quando entra uma ação, já há ali gastos do Estado, advocacia-geral mobilizada, estrutura mobilizada, horas de trabalho. E muitas das coisas judicializadas têm um valor inferior a essa bandeirada – vamos chamar assim. Precisamos colocar isso na via administrativa; diminuir o número de processos e, seguramente, economizar recursos do contribuinte.

O que queria, de fato, deputado Arlen, é dizer da satisfação de ver o quanto é possível participar, ouvir e aprender, mas aqui também quero dar o meu contributo, dizer que é preciso avançar na discussão da integralidade. Eu dizia isso na comissão organizadora do evento – ouviu, Roger? –, pedi até para levantar o fato. Tenho uma convicção muito grande de que o conselho estadual foi convidado a participar da organização do evento, representando o controle social. Isso nós vamos checar para retornar a você. Mas, de qualquer forma, desde o princípio, tenho a preocupação com a discussão da integralidade – esse é um tema nacional –, e não perder de vista – manifestei-me ontem novamente – que é preciso politizar a agenda da saúde. As pessoas vão às ruas para pedir passe livre, e não o fazem para pedir mais dinheiro para a saúde. Isso porque despolitizamos o debate sobre a saúde, de alguma forma, nos últimos anos.

À época da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento social estava tão politizado na defesa da saúde, fomos o setor que mais influenciou na Constituição Federal. O capítulo referente à saúde é uma cópia, quase literal, do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Dois anos depois, fomos vitoriosos; não definimos, cometemos o erro do dinheiro, mas fomos vitoriosos nas nossas teses.

Hoje não existe esse debate no seio da população. E não é por outro motivo que o governo federal, a presidente Dilma, fez o que fez com a expectativa da regulamentação da emenda. Não é por outro motivo que agora, na hora desse eufemismo que chamam de ajuste, que é esse conserto tardio da economia; não é por outro motivo que, quando se abre a caixa de ferramentas, corta-se 11, depois, corta-se mais dois e tanto, e agora cortam-se mais R\$4.000.000.000,00 do orçamento da saúde. E não estou vendo a imprensa se manifestar, não estou vendo a sociedade se manifestar, porque acho que saiu da cabeça das pessoas, talvez até pela nossa ineficiência, pela nossa



dificuldade de traduzir os avanços inquestionáveis que isso trouxe à população, talvez um erro de comunicação, talvez um erro de estratégia política, mas, enfim, a população precisa voltar a se alinhar com aqueles que defendem a saúde no viés do financiamento.

Não há solução possível para qualquer agenda da saúde se não tivermos, de volta, o pacto federativo rediscutido e a recomposição do orçamento da saúde. Obrigado, desculpe a longa intervenção.

O presidente – Obrigado, deputado Antônio Jorge. Gostaria de pedir à assessoria que tire uma cópia de um documento que tenho, do Ministério da Fazenda, que pedi, em 2013, na Comissão da Saúde, e nos foi enviado. Quando terminou a CPMF, o governo federal aumentou o IOF. E a CPMF, naquela época, em 2006, era de R\$6.700.000.000,00. Em 2012, foram mais de trinta e um bilhões de reais, quer dizer, a arrecadação do IOF aumentou R\$25.000.000.000,00. Isso quer dizer que praticamente o que foi retirado da CPMF o povo continuou pagando, e aí vem esta história: vamos criar a CPMF, vamos criar mais impostos – o dinheiro está aí. Mas foi aplicado na saúde? Não, cada vez menos. Quero tirar a cópia de um documento oficial para passar a todos vocês a fim de que, juntos, possamos nos unir para travar essa batalha, que é a vontade política do governo federal de colocar dinheiro na saúde. Com a palavra, o secretário Fausto.

O Sr. Fausto Pereira dos Santos – Vou aproveitar e fazer também minhas considerações finais e depois pedir licença, pois, na sequência, tenho outro compromisso e, infelizmente, não vou poder assistir à palestra do Dr. Dresch à tarde.

O deputado Antônio Jorge já abordou algumas questões, e é importante pontuar que não existe uma posição contrária ao processo da judicialização. Acho que fui bem claro na minha intervenção, do ponto de vista de considerar a judicialização um avanço da cidadania e do fortalecimento das instituições brasileiras. O que discutimos aqui – e o Tribunal de Justiça e outras instituições em Minas têm tido esse papel – é de que maneira podemos harmonizar esse fenômeno e corrigir eventuais distorções que ele tenha apresentado. O deputado já havia dito, e é importante ressaltarmos que, no processo de atenção à saúde, estão consagrados estudos e técnicas da medicina baseada em evidências, que foram acumuladas ao longo da vida, e existem intervenções que carecem dessa base. Acho que o processo da judicialização precisa tratar um pouco disso.

Muito rapidamente, queria abordar as quatro indagações que me foram apresentadas. Sobre a questão do hospital central de Januária, já há uma articulação com a prefeitura da cidade, que instituiu um grupo de trabalho que está concluindo seus posicionamentos, e já existe uma definição política da secretaria estadual para encontrar, com o município, a forma mais adequada de se alcançar a ativação plena do hospital central de Januária. Esse processo já está em andamento.

A Edna, de Varjão de Minas, elogia a intervenção do deputado Antônio Jorge e cita a questão da mamografia. O programa não está descontinuado; pelo contrário, ele continua. Os cronogramas estão sendo feitos, e as ações permanecem em andamento. Já explicamos na Comissão de Saúde, no Conselho Estadual de Saúde e na própria conferência estadual que não existe, por parte do governo, nenhuma intenção de descontinuar os programas que estavam dando certo. É claro que uma nova gestão sempre tem algum nível de ajuste, mas todos os programas continuam em andamento.

A Alessandra, da Associação Mineira dos Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais, faz uma ponderação, e principalmente no último semestre do ano passado e no início deste ano, houve uma descontinuidade importante. O assunto foi tema da campanha eleitoral e de audiência pública da Comissão de Saúde desta Casa. Vários debates foram realizados na comissão intergestora bipartite sobre esse processo de descontinuidade, mas hoje estamos com todo o processo praticamente normalizado. É claro que a judicialização – algumas pessoas já mencionaram – ocorre também por disfunção do Estado. Quando o Estado ou o município não executam a política pública, seja por questão financeira, seja em razão da gestão, jogam, vamos dizer, água no moinho do processo da judicialização, o que é absolutamente pertinente, previsível até. Se o Estado não cumpre sua função, o Judiciário existe também para figurar nesse processo.

Por último, a questão da Maurina, da Defensoria Pública. Eu estava comentando com o Dr. Renato, e a defensora-geral do Estado já havia tratado ontem da questão da expansão do processo que acontece hoje em Belo Horizonte para o conjunto das comarcas.

Acho que precisamos fazer isso de uma forma “cronogramada”. Existe disposição política da secretaria estadual de trabalhar essa questão, mas precisamos colocá-la num cronograma.

Estava comentando com o Dr. Renato que temos tecnologia em termos de comunicação, de videoconferências e temos a possibilidade de fazer de forma *on-line*. Podemos ajustar um modelo para que vários possam acessar a câmara de conciliação, não necessariamente fisicamente no local, por questões de dificuldades, principalmente de plantões, de funcionamento 24 horas, mas podemos fazer uma mistura de tecnologia com o uso da descentralização do processo da conciliação pelo conjunto do Estado.

Quanto à questão de Paracatu, depois veremos a melhor forma de encaminhá-la. Vou passar para o pessoal da regulação para que possamos dar uma resposta mais rápida tanto para o município quanto para o usuário que precisa do procedimento.

Quero agradecer mais uma vez, na pessoa do Arlen, à Assembleia Legislativa a oportunidade de realizar mais este evento. Acho que a presença dos deputados fortalece e reforça esse papel, essa abertura para discutirmos os termos mais candentes, mais contemporâneos não só da saúde, mas também de todo o Estado. Essa postura tem trazido resultados muito importantes para a Assembleia Legislativa e para a população de Minas como um todo. A Assembleia Legislativa tem funcionado como parceira do governo do Estado durante neste primeiro momento. Nós só temos a agradecer essa parceria e nos colocar à disposição, como secretário de Estado, para que, em todos os momentos possíveis, possamos fazer esse diálogo que, sem dúvida nenhuma, vai se traduzir em melhores políticas públicas para o conjunto dos cidadãos de Minas Gerais.

Peço licença para me retirar porque tenho outros compromissos.

O presidente – Ficou faltando outra pergunta: “A ideia da criação de uma autarquia para cuidar do câncer já está formatada? Se, sim, ela começará que dia?”

O Sr. Fausto Pereira dos Santos – Eu já defini o dia, mas não decidi o ano. É uma brincadeira. Nós vamos tratar disso da forma mais adequada. Já formatamos uma equipe para tratar dessa questão na secretaria e vamos caminhar para o tratamento que esse assunto merece dentro da secretaria estadual.



O presidente – obrigado, secretário Fausto. Com a palavra, o deputado Antônio Júlio e, logo em seguida, o deputado Doutor Wilson Batista.

O Sr. Fausto Pereira da Silva – Agradeço ao Wilson, que tem sido um parceiro importante da secretaria estadual durante todo esse processo. Ao fazer esse requerimento, ele trouxe uma grande contribuição porque são novos militantes para a nossa causa. A sua experiência pessoal só engrandece o trabalho da Assembleia Legislativa e da secretaria. Muito obrigado.

O presidente – A Rejane, de Curvelo, está ali até agora falando que nesta semana o Fausto acaba de pagar o aparelho de radioterapia. Com a palavra, o deputado Antônio Júlio.

O Sr. Antônio Júlio – Com respeito a alguns questionamentos, parece que umas pessoas estão totalmente equivocadas; parece que algumas não entenderam o nosso posicionamento. Falamos de judicialização da mesma forma como todos falaram. Não falamos de critérios porque não brincamos com a saúde de ninguém.

A Maria Juliana perguntou qual é o preço da vida humana. Talvez ela não me conheça. Tenho 32 anos de mandato, e a área em que mais ajudei foi melhorar a saúde das pessoas. Por isso ainda sobrevivo na política.

E, se ela quiser ir lá, em Pará de Minas, onde estamos fazendo esse questionamento, vai ver que o maior investimento que fazemos é na saúde, praticamente não deixando ninguém sem atendimento, mesmo com todo o custo que temos.

Quando discutimos a judicialização, falamos sobre a falta de um critério, a falta de um protocolo de intenção junto ao Ministério Público e ao Judiciário para que as coisas sejam mais claras, principalmente para o gestor. Não é possível um prefeito ser responsável pelo descaso do governo federal em relação à saúde, porque o dinheiro está em Brasília, não está no município. A discussão que estamos fazendo é sobre a responsabilidade de cada um: o que é do município, o que é do Estado e o que é da União. E que cada um assuma o seu papel, sempre preservando a vida, porque não podemos abrir mão disso e não vamos abrir. Fazemos todo o esforço possível para atender.

Mateus Aranha perguntou sobre o fornecimento de *home care* nos municípios. Conheço sobre isso em Pará de Minas. Nós recebemos e conseguimos reverter no Tribunal de Justiça, mas, logo depois, a paciente entrou na justiça e veio a óbito. Ela não precisava, era de família rica. Então, isso ficou paralisado. Citei o exemplo de Pará de Minas, que é um exemplo concreto, com nome e CPF para quem for advogado, para que não haja nenhum problema.

Leila, de Barroso, pergunta se não seria prudente a criação de uma forma de ressarcimento administrativo para municípios que estão cumprindo as obrigações do Estado referentes a medicamentos e procedimentos de alto custo. Essa é a polêmica que estamos discutindo aqui, a respeito da judicialização. No dia em que conseguirmos criar critérios e protocolos a respeito de quem é a responsabilidade, as coisas começarão a melhorar. Por isso é que estamos fazendo essa discussão, que é complexa, difícil e não tem muita solução a curto prazo. Se não houver essas discussões patrocinadas pela Assembleia, com os deputados Doutor Wilson Batista e Arlen Santiago, não vamos avançar em nada.

Wellington Wadson pergunta: “O que o senhor qualifica como pequenas denúncias?”. Eu não disse dessa forma. Digo que hoje o Ministério Público é um instrumento na mão da oposição. O Ministério Público do interior faz o trabalho de oposição, recebe qualquer denúncia e abre o procedimento. Isso foi o que eu disse. E não vou retirar nem uma palavra, porque não tenho medo de responder denúncia. Estou na vida pública há 32 anos e graças a Deus nunca tive problemas, mas, como prefeito, há problemas toda hora: somos notificados, somos intimados e, como disse o Antônio Jorge, nosso deputado e ex-secretário, às vezes respondemos pessoalmente por atos que seriam do município. As coisas são complexas e temos de ter coragem de falar. O problema é que às vezes a forma como eu falo incomoda muita gente. E muita gente às vezes não interpreta do jeito como estou querendo. Como já estou na vida pública há muito tempo, sempre fui polêmico e sempre fui homem de atitude. Não tenho medo de levantar as questões com quem quer que seja. Sei que isso incomoda. Sei que há pessoas que, infelizmente, se incomodam. Não queria nunca fazer um pronunciamento e ser unânime. Acho que as polêmicas precisam existir para vermos que estamos errados, porque nós também erramos. Todos que têm posicionamento, que tomam atitudes, erram muito mais do que os acomodados. E não sou acomodado. Eu tomo atitude.

São as minhas respostas. A judicialização da saúde em momento algum foi discutida em detrimento da saúde da família e das pessoas. Estamos discutindo financiamento, o que é diferente. As pessoas estão sendo atendidas, pode ser mal, pode ser demorado ou pode ir no tranco, mas os municípios não estão deixando de defender as determinações judiciais e nem as administrativas. Esse é o meu posicionamento, deputado Arlen Santiago. Parabéns. Vamos discutir mais, porque é um tema polêmico. Os municípios não podem pagar essa conta sozinhos. Esse é o meu posicionamento.

O presidente – Obrigado, deputado Antônio Júlio. Com a palavra, o deputado Doutor Wilson Batista, um combativo defensor da saúde, principalmente nessa luta do câncer, e autor do requerimento para a realização desta audiência, junto com o deputado Antônio Jorge.

O deputado Doutor Wilson Batista – Temos de deixar claras algumas questões. A pretensão do fórum é exatamente entender e fazer valer o direito à saúde, e, para nós, o direito à saúde é atender cada cidadão em sua necessidade. Até discordo de alguns oceanos aqui de dados estatísticos, valores e procedimentos, pois isso ilustra a vivência de cada palestrante – o que tem também sua importância –, mas, para o usuário do SUS, essa não é realmente a questão a ser trazida.

Quanto vale uma vida? A verdade é que não tem preço, portanto acredito que esses dados estatísticos distorcem, às vezes, o que estamos buscando aqui: que cada cidadão seja atendido em sua necessidade, e, para mim, onde há uma necessidade, cabe um direito. Não interessa se o paciente está inserido na pequena, na média ou na alta complexidade. Aí, já penso que o SUS, construído como sistema único de saúde, já deixou de ser único em sua existência; se já se dividem as doenças em pequena, média e alta complexidade e também a responsabilidade em municipal, estadual e federal, então ficou todo ele fragmentado.

Muitas vezes o paciente começa na média ou na pequena complexidade e chega à alta complexidade. Por exemplo, se um paciente tem uma pedra na vesícula e não é operado no momento oportuno, por ser média complexidade e ele ter de ser operado em seu município, não podendo ser transferido para outro hospital, a sua doença se agrava, a pedra obstrui a saída da bile, e o procedimento



passa a ser de alta complexidade, ou seja, um procedimento que poderia ter sido resolvido de imediato, por ser simples, de média complexidade, com essa divisão fica impedido de ser feito em outro município e, com isso, evolui para um quadro de alta complexidade; e o paciente pode ser transferido tardiamente e ir a óbito por uma situação que era de pequena complexidade. O SUS, para mim, deveria ser único; o paciente deveria ser atendido independentemente de seu custo, de sua complexidade; ele deveria ser atendido em sua necessidade, no momento mais oportuno.

Essa é a discussão que estamos trazendo para a Casa; as pessoas estão judicializando a saúde porque não estão sendo atendidas no momento mais apropriado. Sou favorável a essa judicialização, pois às vezes, atualmente, essa é a única forma de alguém ser atendido; mas, para mim, como médico, é desconfortável, uma tremenda indignação ter de ouvir alguém dizer: “Dr. Wilson, meu filho acabou de sofrer um traumatismo craniano e está internado no hospital, precisando de fazer uma neurocirurgia. Você consegue uma transferência para ele, ajude-me nessa agonia, ele precisa ser operado e aqui não há neurocirurgião nem ninguém que possa fazer algo por ele, precisamos de uma transferência”. O que tenho que fazer como médico? Lutar pela transferência, para que esse paciente seja atendido o mais rápido possível. Imaginem eu ter de dizer a essa família: “Vão ao fórum, à Defensoria Pública, ao Ministério Público procurar pelo atendimento”. Assim receberei uma má resposta, com toda certeza, pois eles estão procurando um atendimento, uma cirurgia, e eu não posso encaminhá-los a um fórum ou uma sentença judicial.

Essa é a nossa indignação. A judicialização da saúde tem de existir, é salutar, necessária, mas os atendimentos têm de ser, prioritariamente, decididos e resolvidos dentro das estruturas hospitalares e com o compromisso de todos os gestores de saúde do Estado e do País. Vamos lutar para que o SUS se torne um dia um sistema único de saúde capaz de atender a todos em sua necessidade. Essa é a pretensão do fórum, e acredito que precisamos envolver outros personagens nessa luta: sociedade médica, Assembleia Legislativa, conselhos de saúde, pois todos são importantes. E fazemos isso para que as pessoas tenham seu atendimento garantido sem terem de procurar ajuda para receber atendimento digno. Essa foi a pretensão do fórum, e acredito que estamos alcançando grandes resultados.

Muito obrigado, presidente. Devolvo-lhe a palavra.

O presidente – Obrigado, Doutor Wilson Batista. Com a palavra, para suas considerações finais, a Dra. Raquel Muniz, na pessoa de quem agradecemos a participação da Câmara Federal neste nosso debate público da manhã de hoje.

A Sra. Raquel Muniz – Agradeço ao deputado Arlen, ao deputado Wilson, ao deputado Antônio Jorge e a todos os parlamentares desta Casa que se preocupam com a nossa saúde. Agradeço a companhia da Associação Médica por meio do meu colega Lincoln. Ele acaba de me falar que ontem a desembargadora Vanessa colocou que 50% dos relatórios e pedidos médicos não têm valor. Foi um estudo feito por uma colega dela. Vemos aí a importância do papel dos médicos na judicialização. Coloco-me à disposição na Câmara Federal. Saio daqui com um consenso. O Judiciário, a classe médica, e percebi isso também da plateia, todos estamos com um único discurso: a questão do financiamento. Esse debate já está na Câmara Federal, na subcomissão da nossa Comissão de Seguridade Social, Saúde e Família, que trata do financiamento do SUS. O presidente do meu partido, o PSC, deputado André Moura, é o presidente da comissão que discute também pacto federativo. Efetivamente é onde podemos travar grandes discussões e trazer respostas para o nosso querido presidente e todos os prefeitos de Minas. Podemos contribuir muito para essa questão do pacto federativo. A pauta desta semana que foi também da semana passada é a CPMF. O Ministro da Saúde convocou os deputados da Comissão de Saúde para falarmos da CPMF. A Câmara será palco de grandes debates já que a experiência anterior mostra que os recursos da CPMF acabaram não chegando aonde deveriam.

Gostaria de cumprimentar todos que estiveram aqui presentes através do Fernandão, nosso vereador; da Ana Paula, nossa secretária de Saúde de Montes Claros; do Dr. Fernando, nosso procurador; do Dirant. Agradeço a esta Casa o importante debate da judicialização da saúde. Muito obrigada.

O presidente – Obrigado, deputada Raquel. Parece que o governo federal está brincando. Ele não está querendo a CPMF. Ele já falou que a CPMF não será para a saúde. Eles já estão sabendo que temos confiança de que os nossos congressistas não vão aprovar mais impostos para machucar ainda mais o povo brasileiro.

Com a palavra, o meu amigo Lincoln, da Associação Médica, que inclusive, Dr. Dresch, está se preparando para entregar para o senhor, para a Secretaria da Saúde os protocolos clínicos da maioria das doenças.

O Sr. Lincoln Lopes Ferreira – Aos heróis da resistência o meu boa tarde. Gostaria de cumprimentar aqui os meus colegas, meus colegas de bancada, Doutor Wilson Batista, Arlen Santiago, meu grande amigo hoje Antônio Jorge, um lutador pela boa saúde. Quero cumprimentá-los pela iniciativa. Gostaria de dizer também da excelente companhia que foi a colega e deputada Raquel Muniz; do trabalho que tenho conhecido do José Maurício; e vim a conhecer agora o do Dr. Renato Dresch. É uma satisfação muito grande para a Associação Médica estar aqui presente.

Minhas considerações serão pontuais. Consideração 1. A judicialização no contexto da saúde é uma consequência. Nós não conseguimos, no meu conhecimento médico, resolver nenhuma situação atacando a consequência. Alguém levantou a questão, mas em momento algum falou-se no porquê da judicialização. A judicialização, como discutido aqui, decorre de uma profunda e crônica falta de financiamento. Setenta por cento dos processos já existem. A judicialização de fato representa maturidade de um povo e tem que ser colocada no seu lugar.

A questão dos protocolos. No tocante ao projeto de diretriz da Associação Médica Brasileira, na qual ocupo a segunda vice-presidência nacional, existem mais de 500 protocolos que serão disponibilizados à Secretaria de Saúde, que obviamente vai dizer o que entende por razoável, por meio da sua comissão estadual de saúde.

Finalmente, uma outra questão colocada é a do trabalho médico. A grande maioria dos médicos se pauta na excelência do seu trabalho, na crença na saúde do ser humano e na ética. Entretanto, infelizmente, como reflexo da sociedade, a classe médica também possui, em seu meio, elementos perniciosos. Aliás, já tive oportunidade de dizer em público e vou repetir aqui que bandido vestido de médico é bandido e tem de ser tratado como tal. Essa é uma questão que transcende as nossas instituições médicas porque fomos preparados para lidar com conhecimento, boas práticas e com medicina fundamentada em evidências. Agora, em relação a tudo aquilo



que transcende a isso, como a falta de compromisso com o paciente, com o cidadão e com os colegas, nós, entidades médicas, também não temos de ter o menor compromisso com esse tipo de indivíduo que está usando de algo que foi construído ao longo de muito tempo para atingir objetivos escusos. Realmente, não coadunamos com esse tipo de prática, absolutamente.

Encerro dizendo, mais uma vez, que, como entidade voltada ao conhecimento, estamos aqui dispostos a colaborar. É sempre um prazer e uma honra estar presente. Somente a partir dos melhores estudos e das melhores práticas é que uma sociedade consegue definir que a vida não tem preço. Indubitavelmente, ela não tem preço. Eu, como médico, dedico o melhor dos meus esforços a isso. Entretanto, queremos saber até que ponto nós, como sociedade, conseguimos arcar com os custos de uma população que envelhece muito rapidamente. Aliás, isso explica porque a inflação médica é sempre superior à inflação comum. Na verdade, não estamos lidando com indivíduos de 20 anos com pneumonia, mas com indivíduos de 80 anos com diabetes, insuficiência renal e pneumonia. Também não resolvemos o nosso problema de trauma, conforme aqui foi colocado, o que significa que a nossa estrutura é extremamente precária e geradora de um grande óbice à saúde.

Então, em resumo, precisamos definir, como sociedade, até que ponto teremos capacidade de arcar com esse legado que devemos dar. Aliás, ao abrirmos esta discussão aqui, fica parecendo que estamos falando de terceiros, mas não é isso. Estamos conversando a nosso respeito. Esta pessoa que fala aqui é o idoso de 80 anos, que precisará de um médico adequado para tratá-lo daqui a alguns tempos.

Por último, existe ainda um grande problema que, se não o estruturarmos, vai-se tornar cada vez mais difícil de administrar. Aliás, alguém falou aqui sobre um procedimento chamado drenagem hepática externa num câncer de vesícula, numa cidade que tem faculdade de medicina. Isso me assusta tremendamente, já que temos falado a respeito dessa proliferação de cursos de medicina sem infraestrutura adequada. Que tipo de médico se vai produzir? Hoje isso é um grande problema já que, dependendo do ângulo de que se vê, até 50% das prescrições médicas podem ser consideradas inadequadas. É isso mesmo. Se você for procurar um diagnóstico numa UPA, a maioria dos resultados será virose porque a UPA foi feita para meia dúzia de diagnósticos que representam risco de vida. Ela foi feita para isso, no entanto está sendo usada como solução para a falta de outros níveis de acesso da população. Então, se formos analisar esse dado especificamente, vamos encontrar um outro dado horripilante, e isso com o bom nível que temos hoje.

O que vai acontecer nos próximos anos com os modelos de plástico e com a falta de acesso? Antigamente, eram tantos pacientes por médicos, e hoje está virando número de acadêmicos por pacientes. Os pacientes não toleram mais isso porque há apenas 5 ou 10 nos diversos níveis. Então é preciso que haja uma reflexão de todos os presentes sobre o futuro que se aproxima.

Encerro dizendo que se, hoje, a judicialização já é um problema nesses parâmetros, se ela não for devidamente regulamentada e parametrizada vai-se tornar não administrável nos anos que se avizinham.

Muito obrigado e boa tarde a todos, mais uma vez.

O presidente – Obrigado a todos que participaram deste evento. Agradeço ao conselheiro municipal de saúde que saiu de Januária para participar deste evento. A informação que nos chegou é que o Conselho Estadual de Saúde foi convidado a participar das quatro reuniões de formatação deste evento, mas, infelizmente, não compareceu a nenhuma. Já o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte compareceu a uma das reuniões e está aqui. Quero agradecer aos legislativos, aos conselheiros municipais, aos secretários municipais e aos prefeitos e dizer que o governo federal está muito tranquilo: tira o dinheiro e deixa o povo à vontade, e aí vem a judicialização em cima das prefeituras e do Estado. O povo está morrendo, mas, infelizmente, o governo federal fica lá como se nada estivesse acontecendo, com um gesto de paisagem.

Encerramento

O presidente – Cumprido o objetivo da convocação, a presidência encerra a reunião, convocando as deputadas e os deputados para a ordinária de logo mais, às 14 horas, com a ordem do dia já publicada, e para a especial de hoje, às 20 horas, nos termos do edital de convocação. Levanta-se a reunião.

ATA DO EVENTO REALIZADO NA 72ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA, EM 15/9/2015

Presidência dos Deputados Doutor Wilson Batista e Antônio Jorge

Sumário: Destinação da Interrupção dos Trabalhos Ordinários – Composição da Mesa – Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos – Palavras do Sr. Felipe Dutra Asensi – Palavras do Sr. Renato Luís Dresch – Palavras do Sr. Martin Schulze – Palavras do Sr. Maurício Batalha Machado – Palavras da Sra. Patrícia Paim – Esclarecimentos sobre os Debates – Debates.

Destinação da Interrupção dos Trabalhos Ordinários

O presidente (deputado Antônio Jorge) – Boa tarde a todos e a todas. Destina-se esta parte da reunião à realização do ciclo de debates Judicialização da Saúde, que possui os seguintes objetivos: debater o cenário atual da judicialização da saúde no Brasil, à luz dos direitos consagrados na Constituição Federal e do modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde; discutir o princípio da integralidade, norteador do acesso à saúde no Brasil, procurando refletir sobre a possibilidade de sua delimitação; avaliar o impacto da judicialização na gestão das políticas de saúde nos orçamentos públicos e seus resultados para os usuários; buscar a qualificação da judicialização da saúde, fortalecendo parcerias e iniciativas para a estruturação de uma rede de apoio técnico ao sistema de Justiça que auxilia a tomada de decisão para resolução de demandas judiciais; e debater alternativas para o aprimoramento da gestão e do financiamento da saúde, especialmente no que se refere ao acesso à informação sobre normas técnicas e protocolos e à estruturação e divulgação de procedimentos para acesso à saúde, buscando reduzir a demanda da judicialização da saúde no Brasil e em Minas Gerais.

Composição da Mesa

O presidente – A presidência convida a compor a Mesa os Exmos. Srs. Renato Luís Dresch, desembargador do Tribunal de Justiça do Estado; Martin Schulze, desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul e coordenador do Comitê Gestor da Saúde do



Conselho Nacional de Justiça do Rio Grande do Sul; Felipe Dutra Asensi, pós-doutor em direito e professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Santa Úrsula; e Maurício Batalha Machado, coordenador do Núcleo de Conciliação de Demandas em Saúde de Lages, Santa Catarina, e procurador-geral do município; a Exma. Sra. Patrícia Paim, advogada especialista em direito público e consultora na área de judicialização em saúde; e o Exmo. Sr. deputado Carlos Pimenta, membro da Comissão de Saúde desta Casa.

Esclarecimentos sobre a Dinâmica dos Trabalhos

O presidente – Esclarecemos que, após as palestras, abriremos espaço para apresentação de perguntas aos participantes da Mesa, por escrito ou oralmente, e de outras enviadas pelo formulário disponível no portal da Assembleia Legislativa. Para melhor organizarmos o debate, os participantes poderão encaminhar suas perguntas por escrito, no formulário próprio que está sendo distribuído pela equipe de apoio. Os que desejarem fazer intervenção oralmente devem esclarecer isso no formulário. Informamos que os telespectadores da TV Assembleia também poderão participar. Basta acessar o portal da Assembleia – www.almg.gov.br –, abrir o *link* com o formulário de participação e dar sua contribuição.

Iniciaremos agora o painel “Perspectivas e possíveis soluções para o excesso de demandas judiciais na área da saúde”. Com a palavra, o Dr. Felipe Dutra, para sua exposição.

Palavras do Sr. Felipe Dutra Asensi

Boa tarde. Antes de tudo cumprimento nosso deputado Antônio Jorge. É uma grande satisfação estar aqui nesta Casa e vir a Minas Gerais. Isso é sempre um orgulho para mim. Tenho família mineira, sou 50% mineiro. Para mim, é uma felicidade voltar a Belo Horizonte e vir a esta Casa para discutir o tema da judicialização da saúde. Também cumprimento todos os membros desta Mesa e todos os presentes.

Farei uma exposição bastante breve do tema da judicialização. Tenho trabalhado esse tema há alguns anos. Por 12 anos tenho discutido e refletido sobre a judicialização da saúde. Preparei uma exposição que busca refletir sobre os resultados de uma pesquisa da qual participei como coordenador, realizada entre a Uerj e o CNJ, que busca oferecer um panorama sobre o que é a judicialização da saúde no Brasil e quais os grandes desafios dessa judicialização. Obviamente há uma parte mais propositiva de caminhos, ferramentas e formas de pensar e transitar na judicialização da saúde.

Organizei minha exposição em três grandes momentos. No primeiro momento, falarei sobre judicialização e direito à saúde, porque não necessariamente saúde e Judiciário tem uma relação natural. Existem algumas circunstâncias econômicas, culturais, políticas, sociais e jurídicas que fizeram com que o Judiciário e a saúde se encontrassem. Depois trabalharei alguns aspectos relacionados ao perfil da judicialização, principalmente sobre o perfil do que hoje é judicializado. Em geral as pessoas falam da ideia de judicialização da saúde de maneira muito genérica, como se todo assunto de saúde fosse judicializado com alguma frequência.

Na verdade, temos um certo perfil do que é mais judicializado em detrimento de outros assuntos de saúde que não são levados ao Judiciário.

Já que nossa Mesa é voltada para a proposição e para a discussão de propostas de reflexões concretas, trago aqui algumas estratégias que considero importantes, modestamente importantes para o cenário da judicialização, de como lidar hoje com a judicialização e, eventualmente, de como reduzi-la. Estamos falando de um direito constitucional. Saúde é um direito constitucional, e, na Constituição, a saúde é o único direito social que é expressamente dito como um direito de relevância pública. Temos aqui todo um arcabouço jurídico institucional voltado para a garantia da saúde, que é muito mais sólida, inclusive, que outros direitos sociais previstos na Constituição.

Uma segunda questão é que a saúde é de competência concorrente dos três entes da Federação, União, estados, municípios e distrito federal, de modo que isso traz responsabilidades distintas para esses três entes. Isso não quer dizer que, do ponto de vista normativo, essa competência dos três entes da Federação tem sido feita de maneira esclarecida. Temos certas ondas de penumbra na distribuição de competências, de forma que, não necessariamente, todos os assuntos ou temas de saúde são muito claros em relação ao que é do município, do estado, da União, ou o que é dos três entes ou de dois ou de um só. Isso vai gerar um efeito na judicialização que está muito claro em diversas pesquisas, inclusive nessa pesquisa do CNJ que mencionei, sobre uma maior presença do município, como réu, na judicialização da saúde, seja por demandas que ele não cumpre, seja às vezes por demandas que são de outros entes da Federação mas que, por alguns motivos que vou elencar aqui posteriormente, o município acaba arcando.

Saúde ainda tem uma relação público-privada. No Brasil, temos a saúde pública, a saúde privada e a saúde público-privada, ou seja, a possibilidade de o privado estabelecer contratos com o público. Isso faz com que tenhamos, na saúde, uma pluralidade normativa gigantesca. Se pensarmos em todas as normas municipais, estaduais e federais de saúde, perceberemos que será muito difícil hoje um profissional do direito, um profissional da saúde, ou até mesmo um conselheiro de saúde ou de Tribunais de Contas, afirmar que conhece todas as normas de saúde deste país por conta dessa pluralidade normativa. Isso faz com que tenhamos uma alta vocação para emergência de novos direitos.

Por último, saúde não é só um direito individual, ela também é um direito social e um direito de cidadania. Não podemos esquecer que, enquanto direito social, a saúde tem mecanismos próprios de participação social, como conselhos e conferências de saúde. Quando falamos de judicialização da saúde, temos de ter em mente que a judicialização ocorre de uma maneira muito mais ampla.

Trago aqui um dado: hoje temos cerca de 90 milhões de processos judiciais no Brasil. E talvez esse dado aumente na semana que vem, quando o CNJ divulgará os números de 2014. Então temos um volume expressivo de judicialização, e todos os videntes dizem que isso vai aumentar, ou seja, que, daqui a 10 anos, vamos ter em torno de 180 milhões de processos judiciais.

Se pensarmos nos processos judiciais de saúde, eles representam uma fração muito pequena desses 90 milhões. Eles chegam a pouco menos de um milhão. Academicamente, as pessoas discutem se isso pode se traduzir num excesso de judicialização da saúde, tendo em vista o valor absoluto de um pouco menos de um milhão, mas é algo que não deve ser desconsiderado.

Há outra questão: em regra, quem lida com a judicialização da saúde, ou seja, os profissionais do direito, tem esse tipo de foto. Nós, profissionais do direito, não aprendemos muito a lidar com a saúde. A formação e o modo de trabalhar desse profissional,



classicamente falando, é de luva de boxe. Temos de ganhar no processo judicial para não ter de perder. O direito trabalha em categorias binárias de vencedor e perdedor. Existe uma grande dificuldade para trabalhar com a gradação, que os métodos mais consensuais de resolução de conflitos buscam trazer à baila. A própria forma de remuneração do advogado é baseada na luva de boxe. Se ele ganha um processo, não está apenas ganhando os honorários contratados pelo cliente, mas também os honorários de sucumbência, pagos pela parte vencida.

Toda a estrutura é voltada para pouco diálogo, para um modelo adversarial. Quando falamos de milhões de processos, a sensação de quem trabalha com direito é de enxugar gelo. Por isso, em muitos casos, adotamos procedimentos que deem conta desse volume quantitativo de processos. Ficamos um pouco perdidos para lidar qualitativamente com as demandas de saúde. Até porque o meu problema pode ser diferente do problema das demais pessoas aqui presentes. Então, as demandas de saúde, em alguma medida, buscam a qualidade para a instrução das ações judiciais, a atuação e a decisão.

Quando falamos em judicialização da saúde, os atores são os mais diversos, assim como os temas. Muitas pessoas apresentam elementos positivos, alegam que a judicialização amplia o acesso à Justiça, principalmente para as pessoas mais carentes, fortalece a efetividade do direito à saúde e, é lógico, torna o Judiciário um ator importante no reconhecimento de direitos. Algumas pessoas são mais críticas, dizem que os profissionais de direito lidam com esse assunto sem conhecimento técnico. Outras dizem que a judicialização da saúde é eminentemente individual e colonizada por um certo perfil socioeconômico. Ainda há pessoas que dizem que não há diálogo, especialmente porque a maioria significativa das ações está direcionada à antecipação de tutela, situação que exige maior rapidez na resolução do que o pedido de dilação probatória, audiência do município ou do Estado. Muitos criticam falando que há desnecessidade de diálogo no resultado da judicialização, que é a sentença.

Considerando a pesquisa do CNJ, da qual participei junto à Uerj, qual o perfil da judicialização? Nem tudo é judicializado e possui o mesmo perfil. Há uma tendência de se considerar a judicialização a partir de alguns elementos.

Primeiramente, são demandas fortemente individuais, até porque problemas de saúde são individuais, e acaba que a atuação coletiva em matéria de saúde é bastante residual, seja por meio do Ministério Público, seja por meio de associações, de entidades, de cidadãos ou de portadores de doenças específicas, porque os problemas de saúde são predominantemente individuais.

Há também a questão do foco curativo. Terminei uma pesquisa em que analisei, no período de 1988 a 2012, no Estado do Rio de Janeiro, quantas ações de saúde havia sobre vacinas. Acreditem, 32 ações. Isso me leva a crer que, talvez, as pessoas ainda não vejam a questão da prevenção como um direito na saúde. Temos o exemplo mais recente da vacina de HPV, que, tradicionalmente, foi oferecida no âmbito privado. Observa-se, então, que a judicialização de vacina de HPV para que o estado, o município ou mesmo a União forneçam a vacina é ínfima. Então, o foco é curativo, como medicamento, tratamento e cirurgia. A prevenção não é muito comum no que chamamos de judicialização da saúde. Há uma tendência de deferimento do pedido. Os dados mostram que há em torno de 85% de tendência de deferimento, portanto é mais fácil ganhar do que perder.

Há, também, uma tendência de deferimento de antecipação de tutelas. Isso que dizer que são decisões que são tomadas sem a oitiva do réu, do município, do estado ou da União. Então, há aí uma construção e o reconhecimento do direito que se dá de uma maneira muito mais dinâmica do que aquela ideia dilatada que temos de uma audiência; uma pouca menção aos instrumentos do STF, como a audiência pública sobre saúde que realizou em 2009, ou dos instrumentos do CNJ, que buscaram padronizar, mesmo que relativamente, as decisões em saúde, como as Recomendações 31 e 36; pouca menção aos fóruns e comitês de saúde; uma tendência de utilização do Nats, que é um núcleo de apoio técnico. Provavelmente já se falou nele aqui neste evento em momentos anteriores. Ele é composto por profissionais de saúde. Então, observamos uma tendência nesse sentido, sobretudo nas capitais, onde os Nats, com frequência, estão constituídos nos tribunais, sem prejuízo de algumas experiências de Nats sendo criados nos municípios. Há o exemplo do Município de Araguaína, Tocantins, que criou um Nats municipal, voltado para essa atuação.

Há uma tendência de um perfil socioeconômico colonizar a judicialização, não só da saúde, mas de uma maneira geral. Normalmente, quem é muito pobre e quem é muito rico não judicializa em saúde, por motivos diferentes, mas, em geral, há uma tendência de a classe média judicializar. Em lugares onde a Defensoria Pública é bem estruturada e tem uma rotina de trabalho muito bem desenvolvida, há uma maior ampliação de um perfil também de pessoas mais pobres judicializando em matéria de saúde.

Considerando toda essa minha breve exposição, até porque quero privilegiar o debate muito mais, trago aqui 10 estratégias que considero importantes relacionadas à saúde.

Primeiramente, estou absolutamente convencido de que saúde só se faz hoje, só há um mecanismo de resolução de demandas judiciais de saúde com o diálogo interinstitucional. Vejamos, por exemplo, a pesquisa do CNJ quando fomos para a parte qualitativa analisar a experiência de Araguaína, no Tocantins. Há aqui uma feliz coincidência, pois compõem a Mesa dos trabalhos o Dr. Maurício e a Dra. Patrícia, que vão falar da experiência de Brasília e de Lages. Então, são experiências voltadas para o diálogo interinstitucional. Há que se dialogar e pensar em conjunto os problemas de saúde, ir além do gabinete. Essa é uma primeira questão.

Uma segunda questão é que realmente tem sido muito importante uma ação preventiva das instituições públicas em matéria de saúde.

Há diversas instituições hoje, diversas experiências no Brasil em que o Judiciário atua no problema de saúde antes de ele ser judicializado; em que o Ministério Público atua na demanda de saúde antes de ela se tornar uma demanda para os olhos do direito. A Defensoria Pública desenvolve projetos institucionais para prevenir a judicialização. Temos sempre a ideia de pensar a judicialização e de que precisamos de um remédio para acabar com ela. Na verdade, temos de acabar com a judicialização prevenindo-a, dialogando, pactuando, resolvendo em conjunto e, inclusive, obviamente, incorporando conselhos de saúde e sociedade civil – vou falar disso mais para frente.

Uma terceira questão é que a atuação extrajudicial se torna algo relevantíssimo. Há diversas experiências hoje no Brasil, e provavelmente foram expostas aqui como experiências do Ministério Público, inclusive do Ministério Público daqui de Minas Gerais. As experiências de alguns Judiciários do País têm sido no sentido de atuar extrajudicialmente. Temos exemplos de juízes no Brasil



que não atuam na saúde, não têm competência para atuar na saúde, mas desenvolvem projetos institucionais extrajudiciais nessa área e buscam, em alguma medida, resolver a judicialização. Isso é um elemento também relevante.

É óbvio que, quando falamos de vontade política, quando falamos de diálogo institucional, quando falamos dessa atuação extrajudicial, depende de vontade política. Todas as experiências extrajudiciais que conheço hoje e que deram certo em judicialização, seja pelo Ministério Público, seja pela Defensoria Pública, seja pelo Judiciário, seja pelo Poder Executivo, seja pelo Poder Legislativo, passaram por vontade política e por compromisso institucional de todos os atores envolvidos. Senão, não dariam certo. É como dizemos no Rio de Janeiro: foram voos de galinha, que começa a voar e acaba.

A articulação com os conselhos de saúde é primordial. A saúde tem uma estrutura participativa sólida. É óbvio, haverá desafios de funcionamento, mas temos experiências hoje excepcionais de funcionamento, de desenvolvimento e de fiscalização, realizadas pelos conselhos de saúde. Hoje as instituições jurídicas têm se aproximado dos conselhos de saúde. Por exemplo, o Ministério Público do Rio de Janeiro tem feito projetos para não somente se relacionar com o Conselho Estadual de Saúde, mas para ir a todos os conselhos municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Isso tem sido muito produtivo, porque muito se engana quem acha que nós, indo ao conselho, levaremos a palavra do direito para lá. As pesquisas mostram justamente que o que ocorre é uma troca. O conselho tem um efeito pedagógico sobre as instituições públicas, o que é muito interessante.

Uma coisa que acho importante é superar a visão medicalizada e consumista da saúde. Já está superada na saúde, há mais de 30 anos, a ideia de que a saúde não é ausência de doença. Dentro do direito ainda a relacionamos muito a isso, e isso faz com que não consigamos reconhecer direitos, principalmente porque o direito trabalha numa lógica de titularidade de ter e não de ser. Diversas demandas de saúde são demandas sobre ser, como, por exemplo, demandas de transgenitalização, que, na década passada, foram bastante frequentes no Judiciário. Não eram demandas para ter algo, eram demandas para ser reconhecido como alguém. Temos muita dificuldade ainda de avançar nessa questão da visão não medicalizada, assim como de avançar na ideia de que usuário não é número, até porque as demandas de saúde são muito próprias de cada um. O oito, o ter e o ser.

A questão do Nat, e não quero me alongar mais do que já estou me alongando. Existem experiências que trazem o Nat não só como algo que vai auxiliar o Judiciário em sua decisão mas também com um propósito consultivo e de acompanhamento das decisões judiciais, principalmente decisões de prestação continuada. É o caso dos leites especiais para crianças que têm alguma necessidade específica; o Nat pode exercer esse papel.

Por último, o acompanhamento institucional do cumprimento da decisão judicial por meio de uma atuação efetiva pós-decisão.

Acredito – e isso também será falado aqui hoje – que não adianta você conceder um medicamento de prestação continuada se daqui a seis meses ele não mais for necessário. Observamos na prática que muitas pessoas continuam tendo acesso a esse medicamento e depois praticam a revenda. Elas usam *sites* virtuais próprios para vendas particulares, algo que, aliás, a Anvisa está fazendo agora. Ela está regulando compra e venda de medicamentos e insumos através de *sites* particulares, até porque isso é uma questão muito séria.

Quero agradecer, dizer que me estendi um pouco e pedir desculpas por isso. Quero dizer ainda, mais uma vez, que é uma honra estar nesta Casa contribuindo com este debate. Muito obrigado.

O presidente – Agradecemos ao Dr. Felipe a sua precisa e importante contribuição. Convido agora o Dr. Renato Dresch para sua exposição sobre o tema “Qualificação da judicialização e suporte técnico à decisão dos magistrados” e passo a presidência e a condução destes trabalhos ao deputado Doutor Wilson Batista.

Palavras do Sr. Renato Luís Dresch

Boa tarde a todos. Cumprimento os deputados Antônio Jorge, Doutor Wilson Batista e Carlos Pimenta, os representantes da Assembleia Legislativa e todos os componentes da Mesa. Temos na temática da judicialização da saúde uma discussão que realmente está se elevando cada vez mais no Poder Judiciário. Precisamos entender por que essa temática está no Poder Judiciário, por que existe um aumento exponencial de demandas que dizem respeito à saúde. Para compreender isso devemos entender onde está o normativo dessa matéria.

Começamos pelo art. 6º da Constituição Federal, que já foi muito discutido. Questionam: mas apenas a saúde é um direito humano fundamental, é um direito social assegurado na Constituição Federal? E os demais direitos? Trabalho, moradia, lazer, segurança e previdência social não estão no mesmo pé da judicialização? Não. Temos regras de efeito concreto e normas programáticas na Constituição Federal. A Constituição traz um detalhamento sobre a regulação da saúde. A Constituição Federal não se limita apenas a falar no art. 6º que saúde é um direito social. Ela detalha nos arts. 196, 197, 198, 199 e 200 como será o acesso à saúde. O art. 196 vem falar – e já falamos tanto sobre isso – sobre o direito de todos, o dever do Estado, mas também, mediante políticas socioeconômicas, acesso universal, igualitário, e continua a Constituição Federal a falar mais. O problema surge porque a judicialização está nas mãos do Poder Judiciário, está no art. 198.

Não adianta termos uma lei infraconstitucional que queira regular o que seja integralidade enquanto a Constituição Federal fala que temos atendimento integral. A Constituição Federal não está dizendo, embora ela diga que tenha como diretriz a integralidade. Isso se interpreta: temos acesso a todo e qualquer produto. O pessoal até se arrepia quando falo que temos direito a tudo para todos, sem tudo para todos, desde que esteja na medicina baseada em evidências.

Se queremos mitigar essa integralidade, precisamos mudar esse inciso II da Constituição Federal. Sempre tenho medo quando dizem: “Ah, mas esse direito social não vale tanto quanto o outro”. Direito social é direito social. Se me permito rasgar um pedacinho de direito social, permito a todos vocês rasgarem um pedacinho da Constituição Federal. Imaginem o que teremos. Então, mude-se a Constituição. Mude-se o que significa integralidade. De nada adianta haver norma infraconstitucional que diga: “Integralidade não é isso aí, não”; eu preciso que a Constituição Federal fale que integralidade não quer dizer bem aquilo.

É bem verdade que esse texto aqui não era para ser desse jeito. A previsão, na discussão constitucional, era que teríamos apenas a saúde preventiva e não a curativa. Aí mudaram a Constituição Federal: em vez de escreverem que além da saúde preventiva teríamos também a curativa, escreveram saúde integral. Para nós, do direito, interessa a vontade da lei, a *voluntas legis*, não a vontade que



tiveram na hora de a norma ser elaborada. Se a norma diz que temos integralidade, precisamos respeitar essa integralidade, senão permitiremos a todos nós rasgar um pouquinho.

A Lei Complementar nº 141 veio falar de integralidade também: atenção integral e universal à saúde. Isso é lei complementar. Aí, depois veio a Lei nº 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, dizendo que integral é isso, lá no art. 19. A Lei nº 12.401 veio para dizer o que seria o integral, mas temos aqui a nossa Lei Complementar nº 141, inclusive desses incisos nutricionais. Aí vem o leite em pó? O que deve ser o nutracêutico? O que vem a ser alimento? Água também é alimento. Eu necessito de água, feijão, arroz, carne, tudo. Então, como eu o defino? Estava com essa dúvida. Quando falo o que é saúde, alimento é uma coisa. Alimento entra na assistência social. Saúde é direito social, que é outra coisa. Direito social é para todos nós. Para Eike Batista também – coitado, está quebrado; mas ele também tem direito de usar o SUS. Aliás, todos nós usamos o SUS. Direito social é para pobre e rico. Direito assistencial é para pobre. Então, eu digo: água, carne, arroz é para pobre. Então, a assistência social vai dizer se tenho direito a isso. Mas, e quando eu saio da saúde?

Os chamados nutracêuticos. Um dia eu estava em dúvida, liguei para um amigo meu que é farmacêutico e perguntei: “Como se define o que é alimento, o que é medicamento?”. Ele disse: “Bom, alimento é Ministério da Agricultura, medicamento é Anvisa”. Olhem que beleza, não entendi nada. Então, fui pesquisar o que seria, aí achei o nutracêutico: complemento alimentar que lhe será fornecido com acompanhamento médico. Aí eu digo: esse, sim, pode entrar como sendo atendimento de saúde. Frauda não é saúde, não; leite em pó não é saúde, não; Danone não é saúde, não. A frauda pode ser tratamento de saúde que está dentro de um complemento de atendimento, mas a pessoa que tem incontinência e realmente precisa da frauda, isso é um problema assistencial. Se ela estiver no hospital, é outra história, é produto que faz parte do seu tratamento.

É lógico que temos nas políticas públicas a inclusão das fraudas também. Está correto, devem incluir mesmo. Mas isso é opção de política pública, não porque seja tratamento de saúde. Então, primeiro precisamos identificar o que seria saúde e o que não seria.

Olhem que mágico, o art. 2º, da Lei nº 8.080: fala que realmente é um direito fundamental humano. Está expresso na lei agora: direito humano fundamental à saúde, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Estão aqui: a Constituição Federal, a Lei Complementar nº 141 e a Lei nº 8.080.

São as principais normas que regulam. O art. 19-M foi alterado pela Lei nº 12.401 e afirma: “cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas”. Onde está escrito isso na Constituição Federal? O legislador infraconstitucional veio mitigar um direito constitucional. Isso é um pacto social que precisamos pensar qual é o limite. Precisamos é saber isso. Alguém tem coragem de discutir e mudar o art. 198 para dizer o que seja integralidade? Por que esse debate não é apresentado ao Congresso Nacional? Vai para o Poder Judiciário, que não é o lugar próprio para discutir. O Poder Judiciário pode e deve ser protagonista, sim, mas não está aqui para resolver essas demandas, que devem ser debatidas no Congresso. É o Poder Legislativo que precisa legislar e nos dar instrumentos. Sempre que tivermos a omissão legislativa, o Poder Judiciário vai suprir essa falta. É obrigação dele, está no art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal. Não é que eu goste, não é que o magistrado goste de ter demanda de saúde, aliás, se não houvesse demanda, seria uma beleza. Mas temos obrigação: nenhuma lesão ou ameaça deixará de ser apreciada pelo Poder Judiciário. Chega a minha mesa e preciso decidir, goste ou não goste, e chega à mesa do juiz com apelação.

É lógico que se fala em medicina baseada em evidência, isso é até razoável. Não está escrito na Constituição Federal que a integralidade é qualquer coisa. Se eu falo que é tudo para todos, mas ali, dentro da eficácia, acurácia, efetividade e segurança. É aí que parametrizo o meu direito à saúde. Mas o juiz vai entender de medicina baseada em evidência? Esse curso de direito e medicina baseada em evidência é aquele que o Dr. Álvaro apresentou ontem. Fiz aquele curso para ter um pouco de noção do que seja medicina baseada em evidência. Fiquei em dúvida e fui fazer o curso de especialização em direito sanitário na Escola de Saúde Pública do Estado. Corro atrás e vou buscar, mas isso tem um custo elevado para mim.

Hoje, temos 35 varas cíveis em Belo Horizonte, todas elas tratam de saúde, de banco, de consumidor, de telefônica, de despejo. Temos 7 varas de Fazenda Pública Estadual, todas tratam de saúde. Temos 6 varas de Fazenda municipal, e todas cuidam de saúde. Vocês pensam que todos os magistrados têm condições de entender realmente como funciona o SUS? Em uma ocasião fiquei navegando uma semana no portal da saúde do Ministério da Saúde, e fiquei quase doido. Foram descrever um artigo, e em uma semana não entendi nada. Aquilo é um labirinto.

Mas isso não é problema apenas do Brasil, discutimos isso em Bogotá no ano passado, no Instituto Banco Mundial, um evento internacional, e isso é um problema da América Latina inteira. Não tem informação, e quando tem, não é didática. Como vocês pensam que um magistrado, que recebe 2 mil, 3 mil, 5 mil processos no ano, faz? Ele vai ter de cumprir a estatística, o CNJ nos cobra. E tenho de parar e pesquisar, há essa infinidade, e não temos como encontrar a solução ainda. São essas as dificuldades que encontramos. Mas temos a inafastabilidade da jurisdição: “Magistrado, é seu, está na sua mão, decida”. Aí vem a apelação, vai morrer. É claro que vai, eu também vou morrer, todos vamos morrer, daqui a 100 anos nenhum de nós estará aqui. Precisamos pensar até que ponto vamos brigar pela vida, ou vamos brigar pela vida digna. Precisamos ter essa compreensão.

Para entender um pouco de saúde, li alguns livros sobre morte, como o livro de Elisabeth Kübler-Ross, que fala sobre a morte e o morrer, *A roda da vida*. Ela fala muito para entendermos que também morreremos. Estou pensando até em fazer meu testamento vital, para ninguém me deixar pendurado em um CTI, sem condições de me manifestar. Vou ter de fazer, estou atrasado.

Bem, o Judiciário precisa ser protagonista, sim, mas o seu protagonismo é para suprimir a falta de normas. O Poder Judiciário intervém quando não há norma, a norma é inconstitucional ou o serviço não funciona. É aí que o Poder Judiciário deve entrar. Ele não está aí para substituir política pública. Então, a primeira coisa que deve ser analisada é se há política pública sobre determinada questão. Se houver, ela deve prevalecer sobre toda e qualquer outra demanda que se pretenda.

Sabemos do *lobby* da indústria farmacêutica; sabemos que as pessoas querem viver a todo custo. Quando a morte é iminente, tentamos qualquer coisa, mesmo sabendo que nada adianta. Quantas vezes o médico sabe que o paciente vai morrer, mas é pressionado pela família, fica sensibilizado e decide tentar mais um milagre que vai custar mais R\$200.000,00, R\$300.000,00,



R\$500.000,00 ou, para um tratamento fora do País, US\$1.500.000,00. A Lei nº 8.080 determina que fora do País, não. Isso está correto, pois queremos ter um sistema nacional de saúde, não internacional. Então, o juiz vai preencher lacunas.

Mas também temos o chamado ativismo judicial. Aliás, tenho medo, pois temos tanto o ativismo quanto o passivismo. O exemplo do ativismo judicial é o juiz legislador, que se sobrepõe à atividade legislativa e à gestão; e do passivismo é aquele juiz minimalista, que diz que o Poder Judiciário não vai entrar nessa ou naquela questão. Ora, temos de entrar, sim, mas devemos entrar pensando que ser protagonista é suprimir lacunas, ao passo que ser ativista é se sobrepor pensando no direito alternativo, em que vale mais a minha vontade. O juiz tem o dever de legalidade. Ele tem liberdade de interpretação, mas isso é diferente de decidir de acordo com a sua vontade – realmente, não posso fazer isso. Há necessidade de equilíbrio. Protagonista é aquele que supre a ausência de normas, a ausência de política pública ou as falhas no serviço público. Aí, sim, o juiz deve atuar.

Aqui vemos o que temos em termos de judicialização. Esse quadro mostra os dados de Minas Gerais desde 2010, quando começamos o levantamento. O CNJ informa que temos 400 mil processos no País, mas esse é o levantamento de Minas Gerais. Aliás, foi difícil conseguir chegar a esse valor; fiz três reuniões no Tribunal de Justiça para achar esses valores. Eu tinha em mão duas estatísticas: uma falava em 35 mil; outra, em 50 mil. Qual era a correta? Até que chegamos a este dado, que é o mais concreto que temos: até 30/6/2015, tínhamos 38.845 processos na Justiça estadual; até essa data, havíamos distribuído neste ano 4.544 processos de saúde pública e 3.716 de saúde suplementar. Esse é o dado estatístico que temos a respeito do tamanho da judicialização. Essa seria a saúde em números no Poder Judiciário.

Mas quando o Supremo começou a perceber esse aumento da judicialização? Demorou muito: foi somente em 2009. Para entender o tamanho do impacto que isso tinha, ele fez uma audiência pública, que durou seis dias e na qual discutia a Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, de Fortaleza, Ceará. Quando marcou a audiência pública, ele disse que não estava entendendo essa matéria e que os gestores e a sociedade deveriam ser chamados para discutir o que fazer.

Aí o Supremo começou a se preocupar. Temos sim um excesso normativo. Há o perigo das decisões emocionais. “Ah, na minha mão não morre.” O juiz, às vezes, nem percebe que, quando está ajudando uma pessoa, mata outra.

Há poucos dias tive uma experiência bem interessante. A Defensoria Pública da União ajuizou uma demanda com relatório médico para um medicamento determinado. O juiz federal ficou sensibilizado e deu a liminar. No entanto, sob cautela, pediu uma perícia preliminar e deu um laudo. O laudo do perito do juízo diz o seguinte: “Esse medicamento não pode ser tomado em hipótese alguma sem antes fazer um exame xis, sob pena de risco de morte”. Aí a pessoa da Defensoria Pública liga para a mãe do paciente: “Fulano de tal, tudo bem?”. “Olha, filha, tenho uma notícia ruim para lhe dar: Ele morreu.” Ele morreu exatamente como perito judicial tinha falado. Quem matou? O médico, o defensor e o juiz. Se não tivesse tomado o medicamento, ainda teria uma sobrevida. Todo mundo está de boa-fé. O pior de todos, na verdade, é o médico que receitou. Ainda confiamos no médico; o médico não erra. Como a Dra. Vanessa disse ontem, a OMS entende que 50% das recomendações médicas são duvidosas.

Vejam o que o CNJ recomendou: fazer convênios médicos e notas de apoio técnico. Já cumprimos isso em Minas Gerais. Criamos instrumento. Na época em que o deputado Antônio Jorge era secretário de Saúde, fizemos essa parceria. Para obtermos notas técnicas, criamos um banco de dados com isso. Essa foi uma das causas. O CNJ ficou preocupado. Fazemos reuniões em Brasília e percebemos que o problema de Minas Gerais é problema do Rio Grande do Sul. O Dr. Martin que está aí presente sabe disso. Há o mesmo problema no Nordeste: essa dificuldade de compreensão. Nós, da área jurídica, também precisamos fazer o nossa *mea-culpa* e dizer que entendemos de direito e não de saúde; e os médicos que entendem de medicina e não de farmácia. Aliás, desculpem-me os médicos que estão à Mesa, mas descobri também que quem entende de medicamento é farmacêutico. Tenho descoberto isso. Os professores dizem que os médicos estudam muito o tratamento, mas pouco o medicamento. Desculpe-me, deputado Doutor Wilson. Corrija-me depois. Eles vão me puxar a orelha depois, mas tudo bem.

Evitar a autorização de fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa. Quanto ao medicamento não registrado na Anvisa, não podemos dizer que seria droga ilícita, se estiver aprovado em outro país. Eventualmente ele pode ser comprado, porque a lei autoriza. O Supremo já se manifestou que eventualmente, sim, pode ser autorizado. Ouvir o gestor. Nós, em Minas Gerais, criamos um *e-mail* institucional, que nos ouvia. Voltou a funcionar agora novo entendimento judiciário, em que o juiz podia pedir informação também ao gestor. Já concedi liminar de procedimento com base em informação prestada pelo gestor municipal, que me demonstrou que era necessário e não tinha aquele produto. Aí o Poder Judiciário, sim, deve entrar.

Veja só como o CNJ fez mais, criou o fórum nacional. Há o comitê nacional e comitês estaduais que também tratam disso. O CNJ recomenda e quer varas especializadas também. Essa é uma luta minha no Tribunal de Justiça onde temos um procedimento administrativo na tentativa de criar, efetivamente, as varas especializadas. Criamos a parceria entre Tribunal de Justiça, SES e Nats. Isso foi em 2012. Parceria entre Tribunal de Justiça, Ibedess e Nats para a saúde suplementar. Estamos trabalhando para criar as câmaras de mediação e conciliação. Qual é a ideia dessa câmara? O juiz não decidirá mais demanda sem antes passar pela câmara de conciliação, que vai dizer se há viabilidade e é possível acordo. Aliás, essa câmara pode até criar um *mix* de ter uma câmara presencial em Belo Horizonte e prestar informações para o Estado inteiro. O custo é barato, não é, deputado Antônio Jorge? Fariamos isso em Belo Horizonte. Para pedir essa informação, ele está em Manga. A câmara diz: “Fornecemos esse medicamento e temos condições de fazer isso”. Hoje falamos sobre processo eletrônico em que a presença física não é mais tão necessária.

Juizado Especial: temos esse projeto na câmara de mediação e conciliação e entendemos ser de extrema importância para evitar a continuação da judicialização. Então, para chegar ao Poder Judiciário, a parte tem de fazer o pedido. Porém, faz o pedido, passa na Câmara, nasce e morre de um dia para o outro o processo. Isso não empata o Poder Judiciário. Se temos hoje 38 mil processos, reduziremos essa quantitativa. Evitaremos, assim, as liminares desnecessárias. Queremos o banco de dados.

Temos lá na página da Biblioteca Digital do Tribunal de Justiça 407 notas técnicas, 703 respostas técnicas e 33 pareceres técnicos, esses produzidos pelo CCates. Já temos hoje um instrumento, um banco de dados, que estamos construindo para que paremos de decidir às escuras. Nós, operadores do direito, precisamos entender que formamos em direito, não é em medicina, farmácia, enfim,



nenhuma outra área que não seja a nossa de direito. Se todos nós pudermos ter interlocução e respeitar o espaço de cada um, teremos condições muito melhores.

Nós, no Comitê da Saúde... Meu tempo já se esgotou, então não vou dar esse exemplo. As notas técnicas que são elaboradas se limitam apenas a apresentar se há evidência científica daquilo que foi apresentado, aquilo que está sendo requerido dentro do processo. Essa função é da nota técnica, e ela não substitui a perícia. A nota técnica até vê o medicamento e se o procedimento tem evidência científica, mas há um outro remédio que o SUS nos oferece, que tem a mesma eficácia terapêutica, que também pode ser utilizado e tem um custo muito menor.

A judicialização é, sim, importante, mas precisamos trabalhar para qualificar a judicialização. Temos decisões que têm qualidade técnica para realmente fornecer ao cidadão tudo aquilo a que ele tem direito, tudo aquilo que a Constituição Federal lhe diz: acesso universal, igualitário e atendimento integral, integralidade dentro da medicina baseada em evidência.

Espero que em decorrência deste debate que estamos tendo nesses dois dias possamos refletir um pouco mais, possamos sentar e criar uma interlocução maior. Sempre que não há interlocução entre o operador da área jurídica e da área técnica criamos uma desconfiança muito grande do outro lado. Sempre se pensa que existe má vontade do secretário da saúde em cumprir aquela determinação. No entanto, quando chegamos próximos, quando nos sentamos com uma multidisciplinaridade, começamos a perceber que não há má vontade.

Hoje de manhã, o prefeito de Pará de Minas e presidente da AMM – a propósito, ele está presente aqui? – estava preocupado com a questão da prisão. Acho um equívoco prender gestor. Para que prender gestor? O STJ já falou que se não cumprir, deve-se bloquear o dinheiro na conta. Coitado do gestor! O secretário não cumpre, então, ele quer ver mais um morto? O gestor sai de casa e pensa: “Hoje mato mais um. Não vou fornecer medicamentos.”? Não, ele sai de casa com boa vontade. Então, na pior das hipóteses, bloqueie dinheiro na conta. Temos amparo legal para que o magistrado faça isso. Não precisamos ameaçar ninguém. Toda vez que converso com o magistrado falo assim: Não. Não se ameaça com prisão. Se ameaça bloquear dinheiro na conta. Aí, sim, se pega o dinheiro e paga. É bom? Não, é ruim. É o que eles falam na gestão. Mas é uma solução do Poder Judiciário menos traumática. Obrigada.

O presidente (deputado Doutor Wilson Batista) – Agradecemos ao ilustre palestrante Renato Dresch pela sua brilhante palestra e convido agora o desembargador Martin Schulze para sua exposição.

Palavras do Sr. Martin Schulze

Boa tarde a todos. Cumprimentando o deputado Doutor Wilson Batista, que coordena os trabalhos, cumprimento também todos os componentes da Mesa. Agradeço ao desembargador Renato Dresch, que falou toda a parte jurídica que eu falaria. Sabendo de antemão que ele me antecederia, falarei sobre a parte prática do trabalho realizado no Rio Grande do Sul. Sou desembargador no Rio Grande do Sul, mas, antes de ser desembargador, como o desembargador Dresch, fui juiz da Fazenda Pública por 13 anos. Então temos uma experiência bastante interessante sobre a área da judicialização da saúde.

O comitê que coordeno no Rio Grande do Sul tem a mesma vertente do comitê de Minas Gerais, que o desembargador Dresch já explicou perfeitamente. O nosso comitê no Rio Grande do Sul, conforme orientação do CNJ, é composto pelo sistema de Justiça e pelo sistema de saúde. Então, para eu ter uma perspectiva da plateia, gostaria de saber quem pertence ao sistema de Justiça aqui, quem é advogado, juiz, promotor. E quem trabalha no sistema de saúde? Médico, enfermeiro, secretário de Saúde, ou que trabalha na Secretaria de Saúde. Está mais ou menos empatado.

Vocês se lembram de uma reportagem nacional, no início do ano, falando sobre a máfia das próteses? Foi chocante. Pois bem, essa reportagem é o resultado de um trabalho de anos feito no Rio Grande do Sul, que desvendou isso. Infelizmente houve casos muito mais graves em âmbito nacional, que afogou a repercussão necessária da questão da máfia das órteses e próteses. O que concluímos com essa reportagem? Que existe um mecanismo em que alguns médicos querem ter benefícios indevidos, apropriando-se de recursos. Se se apropriassem apenas de recursos particulares, eu não diria nada, mas apropriam-se de recursos públicos. Infelizmente – digo isto aos meus colegas magistrados, e eles não gostam de ouvir – o sistema de Justiça é usado para o deferimento dessas liminares, que são inapropriadas, inadequadas e, muitas vezes, de extrema prejudicialidade ao paciente. O médico não está nem prevendo o benefício do paciente; ele está usando o paciente para ter um benefício próprio.

A primeira iniciativa nossa no início do comitê, em 2011, foi realizar o encontro para fazer o diagnóstico da saúde no Estado. A Procuradoria-Geral do Estado trouxe a notícia de um estudo realizado pelo Dr. João Biehl, com o diagnóstico da judicialização da saúde no Rio Grande do Sul. Por outro lado, os planos de saúde denunciavam a máfia das próteses. No diagnóstico nacional a que o Dr. Dresch já se referiu, em 2010, quando foi criado o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, havia o estoque de 240 mil ações no Brasil, e 120 mil ações no Rio Grande do Sul. Mas 120 mil ações só na área de saúde pública. Não tínhamos como filtrar as demandas contra entidades privadas ou entidades em medicina suplementar.

Esse levantamento de João Biehl nos mostrava que, desses 120 mil processos, 60 mil era contra o Estado, 60 mil contra os municípios, metade constava nos protocolos e a outra metade fora dos protocolos. A constatação desses números foi feita no estudo de João Biehl, da Universidade de Princeton. A pesquisa foi feita com recursos da Fundação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul. Depois, num evento, em 2013, em Brasília, esses dados foram confirmados por João Biehl, numa renovação da pesquisa, que foi permanente. O importante disso – não trouxe aqui para os senhores – era uma informação sutil: dessas 120 mil ações, em 92% dos casos a liminar era dada de acordo com o pedido do médico, sem qualquer constatação, ou seja, naquela época, na cultura do Rio Grande do Sul, corria, entrou na justiça, ganhou. Pode pedir o que quiser na área da saúde, que leva tudo.

Por outro lado, no mesmo evento, a Federação das Unimed, o Dr. Webster, não sei se vocês o conhecem, apresentou várias reportagens, já de anos, denunciando a máfia das próteses. Eles diziam: “Sabemos quem faz, mas não temos como provar”. Se vocês não têm como provar, no sistema de justiça se não tem provas, é uma coisa que não existe no mundo jurídico. Então tínhamos de ter uma estratégia para enfrentar as duas situações. O que víamos – é um mercado, a medicina, infelizmente, a saúde é um mercado – está, de alguma forma, regulado pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde e visa assegurar o direito humano, que, quando violado, é buscado junto ao Judiciário. Então temos esse ciclo: o cidadão no meio, o médico, que é o prescriptor, o prestador



que vai prestar o atendimento que o médico está postulando se não for só o medicamento, a indústria, que está interessada em oferecer ou a prótese ou o medicamento, e o gestor está ali espremido, tentando fornecer tudo o que o Ministério da Saúde determina na divisão tripartite, tentando driblar as decisões judiciais.

O que idealizamos para enfrentar essa situação? Quando se criou o comitê, havia três vertentes: uma teórica, estudando a questão do direito, na escola da Ajuris; uma junto à Corregedoria-Geral de Justiça, onde a associação dos médicos-peritos pedia a criação de uma câmara técnica, aquela que depois o CNJ veio a sugerir que fosse feita. E havia, sob o comando do Ministério Público do Rio Grande do Sul, um outro movimento criando uma ferramenta para enfrentar a situação. Diante de todo o panorama que tivemos e considerando que a metade das ações era problema de gestão, decidimos investir primeiro no que denominamos ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde, visando à redução da judicialização da saúde. Então foi feita uma cartilha. Aqui tem mão do Judiciário e do Ministério público, tem ação da Defensoria Pública, da Associação da Federação dos Municípios, da Secretaria de Saúde e da Associação das Secretarias Municipais de Saúde. Tudo o que está escrito aqui foi feito a várias mãos, revisado, com o objetivo de dar uma ferramenta a quem quiser enfrentar a questão da judicialização da saúde. Como é isso? Qual é a base do nosso problema social? Aquilo que gosto e quero, quero aproximar de mim; aquilo que não gosto e não quero, quero afastar de mim. Essa é a essência do poder. Muitas vezes as pessoas questionam, como estamos vendo hoje, por que as pessoas que nos dirigem querem tanto dinheiro, desviam tanto dinheiro. Não tem como gastar tudo isso. A ponto de devolverem, há milhões, 200 milhões, cifras inestimáveis. Mas por que essas pessoas fizeram tudo isso? É uma questão de poder. Se consigo aquilo, estou demonstrando que tenho poder.

Agora, para nós, qual é o valor mais importante? A saúde. Se qualquer um dos senhores aqui receber um telefonema dizendo que o filho se feriu na escola, sairá imediatamente da palestra e irá atendê-lo. Mas, se recebem um telefonema da escola dizendo que seu filho não compareceu, vocês ligam para a babá ou quem for para ver o que aconteceu com o fulano que não está no colégio. Agora, quando é problema de saúde, vamos imediatamente. Então esse é o nosso foco prioritário: a saúde.

E o que visamos? Atender às nossas necessidades. E o que são as nossas necessidades? São fisiológicas, psicológicas e de autorrealização. Vocês já viram algo parecido ontem, na palestra do Dr. Gilmar, e estão reconhecendo alguma coisa. Há os três eixos de sustentabilidade. O que são os três eixos de sustentabilidade? O econômico, o social e o ambiental. Sem isso, sem o meio ambiente, sem o meio social e sem a economia, não temos espaço para viver. E o que gera essa gestão? Efeitos públicos. Para convivemos com esses efeitos públicos, temos de viver em cooperação. Estamos aqui fazendo um trabalho de cooperação. Estamos dialogando, os senhores estão ouvindo e certamente, em breve, vão interagir. Então estamos fazendo um trabalho de cooperação.

Estamos integrando três setores e a comunidade em geral. Quais são esses três setores? O público, o privado e a sociedade civil organizada. E o que precisamos fazer para enfrentar os problemas dessa integração? Temos de mapear, integrar e enfrentar todos os problemas para conseguirmos ter aquele foco prioritário. Ou seja, precisamos de um desenvolvimento harmônico e sustentável através dos valores. O que é um desenvolvimento harmônico e sustentável? Não é igualdade. Se formos dar tudo para todos, não vamos conseguir um desenvolvimento harmônico. Temos de ter equidade. Precisamos dar aquilo que é necessário a quem precisa. Isso, sim, representa um desenvolvimento harmônico, sustentável e social. Isso vai dar efetividade, sustentabilidade e paz, que é do que precisamos principalmente. A paz interna, nós com nós mesmos, e a paz externa, na nossa convivência. Essa é a essência do trabalho da nossa ação de planejamento e de gestão sistêmica. Esse é o fundamento. Como colocamos isso em prática? Vou trazer alguns resultados.

Lembram, no início, quando falei que o PGS apresentou a sua realidade e o plano de saúde apresentou o problema das máfias? No meio disso, estava a Defensoria Pública do Estado. Dentro do sistema de Justiça, ela é a instituição mais recente, tem só 20 anos. Vocês vão dizer: “poxa, 20 anos”. Sim, mas é a instituição do sistema de Justiça mais recente. Ela tem só 20 anos e precisa se afirmar. E, no mundo jurídico, como nos afirmamos? Entrando com um processo - não é verdade? Não tem outra visão no mundo jurídico, senão entrar com um processo. Essa é a ideia.

Então o que a Defensoria Pública tinha? Tenho a responsabilidade de defender o interesse, o direito humano do cidadão que me procura. Se ele tem uma postulação de saúde, veio com uma receita médica, preciso entrar com uma ação para garantir esse direito. Essa era a premissa principal. Muito bem. O que conseguimos fazer? Porque a porta de entrada essencial daqueles 120 mil processos, a grande maioria dessa judicialização provinha da Defensoria Pública. Então qual foi o primeiro trabalho que tivemos que fazer? O convencimento aos defensores de que eles poderiam se utilizar de outra ferramenta que não o processo judicial para garantir o direito. Então houve a necessidade de uma mudança de paradigma dentro da Defensoria Pública.

E o que se conseguiu com isso, nos últimos três anos, 2012, 2013 e 2014? Vejam os senhores quantas pessoas a Defensoria Pública atendeu? Quantas pessoas se resolveram extrajudicialmente?

Ou seja, o defensor público em vez de digitar no computador, no modelo da petição, o nome da pessoa e o medicamento de que ela precisava, ligou para o gestor público municipal ou estadual e perguntou porque o cidadão não recebeu o medicamento “x”. Aqui entra um problema que não sei se ocorre em Minas Gerais. No Rio Grande do Sul, até há pouco, era dessa maneira. Estamos tentando mudar isso com muita dificuldade. Refiro-me à jurisprudência da solidariedade. A Constituição garante e afirma que os entes são solidários. Então, não interessa se a ação é contra o município, o estado ou à União. Se entraram, do jeito que foi pedido, é dada a liminar.

Isso não é verdade. Defendemos a teoria da subsidiariedade dentro da solidariedade, ou seja, temos uma lei infraconstitucional que define quais as atribuições para cada ente, define o que é da competência do município, do estado e da União. Não sei como ocorre em Minas Gerais, mas no Rio Grande do Sul fiquei pasmo quando soube que, quanto àquelas ações em que a Defensoria Pública da União entrava na Justiça Federal, o ente litigado, quando não era uma instituição hospitalar federal, era o estado. Quem pagava a conta era o estado.



O desembargador Dresch já falou em não mandar prender o gestor e tirar o dinheiro da conta. O juiz federal não tira dinheiro da conta de um banco federal da União, pois não a encontra. Ele encontra a conta do estado. Então vai lá e toma o dinheiro do estado. Essa é a solidariedade, mas não deixa de ser uma injustiça.

Vejam a evolução. Conseguimos uma redução significativa em que apenas 13% dos casos das pessoas que procuram a Defensoria Pública são judicializados. Desses 13%, apenas a metade é daquilo que não consta nos protocolos. Quanto à outra metade, por algum motivo houve um descompasso administrativo na entrega do medicamento. Esses são os dados que aqui constam. Essa cartilha está disponível. Ela é pública no blog pgsistemicos.blogspot.com. Podem utilizá-la, podem imprimi-la, podem fazer o que quiserem, desde que seja com boa intenção.

Como chegamos à reportagem nacional da máfia? Imaginem tudo isso que elaboramos. O que sugerimos aos coordenadores dos planos de saúde? Dissemos: vocês sabem quem são os médicos, mas não têm como provar. Então façam a restrição dentro do próprio sistema de vocês. Descredenciem os médicos na rede hospitalar em que trabalham. Eles se sentiram cerceados pelos planos de saúde, mas havia um terreno fértil, que era a Defensoria Pública. A 98% não é garantida a liminar? Então vamos entrar com a ação. O médico já dava o cartãozinho dizendo para procurarem a Defensoria Pública, onde conseguiriam a postulação.

Chegamos à Defensoria Pública. Vocês verão, dentro dessa cartilha, que existe um modelo de laudo médico para ação judicial. Ali está tudo o que o médico tem de preencher para justificar aquilo que não está nos protocolos. Ainda tem de, ao final, quando assina, declarar que não tem nenhum interesse na prescrição do medicamento, que não seja o tratamento da saúde do paciente. Além disso, tem de declarar que não tem vínculo com a indústria farmacêutica. Há aqui todos os elementos necessários para ingressarem com a ação. Está aqui tudo que deve ser pedido. O que aconteceu? “Opa, a Defensoria Pública está começando a nos controlar.” Começamos a dizer aos juizes que eles estavam sendo usados: olhem com atenção, prestem atenção, o mesmo médico, o mesmo tipo de pedido. Há algum problema aí. O que aconteceu com isso?

Com o início do controle, esse sistema migrou para a advocacia privada. Isso foi bom, e ficou mais fácil ainda, porque na Procuradoria-Geral do Estado eles começaram a ver o mesmo médico e o mesmo advogado e o mesmo tipo de pedido, então tem coisa aí. É só fazer um raciocínio. Levantaram-se todos os elementos e os encaminharam para a Polícia Federal, para o Ministério Público, e, maliciosamente, para a imprensa também, que fez um excelente investigativo. Vocês viram que as pessoas corriam para as calçadas fugindo das câmeras. Dessa reportagem resultou uma CPI que teve um resultado muito interessante. Não sei se os senhores já tiveram acesso ao resultado dela, mas foi muito bom. Ele nos engrandeceu muito, porque, num dos projetos de lei, no art. 2º, há a sugestão de que a petição venha instruída com os seguintes elementos... Se os senhores verificarem, encontrarão isso numa página aqui da nossa cartilha, além de outros encaminhamentos muito interessantes.

Agora um pouco de blague. Isso era eu, quando era juiz no início da minha carreira, na fronteira com o Uruguai, em Paraí. Eu tinha 500 processos e me sentia extremamente feliz julgando esses processos. Eu tinha tempo de folhear página por página. Naquela época – e até hoje em alguns lugares é assim – o juiz ficava sentado atrás da sua mesa e apenas tinham acesso a ele os representantes do sistema de Justiça. Ninguém mais ousava falar com o juiz, porque ele era intocável. Muito bem, mas, com a judicialização da saúde, ficamos assim, e nem advogado mais, a gente atendia. A secretária ou assessores e diziam: “O fulano quer falar com o senhor”. Mas, não tenho como atender, porque tenho de baixar minha pilha de processos, não é, desembargador Dresch? Era um problema sério que tínhamos e ainda temos até hoje.

O que o CNJ pretendeu com o Fórum Nacional da Saúde? Criar a visão do juiz proativo, ou seja, que se levanta, sai de trás da sua mesa e conversa com a sociedade. É fazer o que eu e o Dresch estamos fazendo aqui: conversar com os senhores, trazer qual é a perspectiva do magistrado. Vocês podem perguntar: “Mas de onde o desembargador Martin tirou isso?”. Está no mapa estratégico do Poder Judiciário, está no mapa estratégico do Conselho Nacional de Justiça. Vou destacar, porque está muito pequeno, o que interessa dos dois mapas, que é a atuação institucional. Ou seja, qual é o objetivo? Fortalecer e harmonizar as relações desses poderes, setores e instituições. É isso que estamos fazendo. A nossa ação de planejamento e de gestão de sistemas prevê isso, conversar com todas as instituições que estão interligadas no problema da judicialização da saúde ou da prestação da saúde aos cidadãos. O que é preciso fazer? A prevenção, por isso é que prevemos o litígio e fazemos parcerias de convênios. Se os senhores forem ver, nas nossas cartilhas, uma das primeiras coisas que se fez foi um termo de cooperação entre todas as instituições interessadas em resolver o problema, como o Ministério Público, a Secretaria Estadual de Saúde, o Tribunal de Justiça, a Procuradoria-Geral da União, a Defensoria Pública, a Procuradoria-Geral do Estado, a Federação das Associações do Município do Rio Grande do Sul, o Conselho Regional de Medicina. Todas as entidades que estavam interessadas, no momento, o assinaram. É isso. Estamos trabalhando de uma forma interinstitucional.

A cartilha prevê também aprimorar a comunicação com os entes públicos externos, ou seja, os senhores precisam entender como funciona o sistema de Justiça: “Ah, não vou preencher isso. Essa certidão é para quê?”. Precisamos daquela certidão para saber por que o gestor público não conseguiu fornecer o medicamento. Essa certidão vai dizer isso. Estava dizendo que temos no Rio Grande do Sul e, parece que Minas Gerais também tem, o sistema AME, que é a administração de medicamentos no estado. É uma ferramenta da secretaria estadual de saúde. Todos os juizes tiveram a instrução de como acessar esse sistema. E como ele funciona?

Quando o cidadão procura por um medicamento, o servidor da Secretaria Municipal de Saúde preenche o Sistema AME no computador, que indicará se essa ação é de competência do município ou do estado, se há estoque ou não, se o medicamento está sendo comprado ou não, se está fora da lista. A certidão informa tudo isso. Se ela vier junto ao processo, como juiz, eu analiso se a defensoria pública ou o advogado entrou na Justiça contra o município ou o estado. Como a medicação é só do município, deveria entrar somente contra o Estado. Pode ocorrer o contrário, o reclamo dos municípios, como se o juiz tirasse dinheiro apenas da sua conta, e não da conta do estado. E por que faz isso? Porque está ali pertinho. Esse é o reclamo da federação dos municípios, com quem desenvolvemos um trabalho importante chamado de Famurs. Trata-se de um projeto de integração entre o comitê e os municípios. A proposta é tão interessante que a Confederação Nacional dos Municípios nos convidou para participar de cinco



encontros regionais a serem realizados até o final do ano, na mesma lógica das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Teremos um espaço para expor o nosso trabalho na abertura desses eventos.

Tudo isso funciona porque houve entendimento entre a Corregedoria-Geral de Justiça e o Tribunal de Justiça. O trabalho foi incorporado. Isso é importante. O que fizemos? Aperfeiçoamos 500 magistrados de 1º grau, que agora conhecem o conteúdo da cartilha. Com a migração para o Juizado Especial da Fazenda Pública, tínhamos receio de que a farmácia dos municípios fosse transposta para o foro, que todos postulassem diretamente. Até 20 salários mínimos, não é preciso advogado, a pessoa vai diretamente ao balcão e pede o remédio. Realizamos um *workshop* para formar 200 assessores de 1º grau, 40 assessores de 2º grau, todos os servidores do Sistema DAD. Também criamos uma comunidade virtual permanente. Depois fizemos uma mesa-redonda com os desembargadores e juizes da Fazenda. Agora, estão em andamento oito *workshops* interinstitucionais para conseguir abranger todas as comarcas. Os assessores do magistrado formados no *workshop* estarão com os servidores municipais para que saibam da importância do sistema. O prefeito não pode reclamar que o juiz tomou dinheiro da sua conta. O seu servidor preencheu o Sistema AME?

Muito bem. Qual é o passo seguinte? Basta só o juiz falar com o sistema de Justiça? Pelo que falei aqui, não. O que precisamos é que haja um bom sistema de saúde.

Para elucidar qual é o nosso mercado, o que queremos? Que todos conversem e que o juiz fique no centro. Em tese, todos o respeitam e o aceitam como a pessoa mais isenta para coordenar esse trabalho. Percebemos que há muitos juizes com iniciativas, mas, quando é promovido, sai, e a iniciativa dele morre. Por esse motivo focamos também no assessor do juiz, no servidor do Judiciário, porque o juiz vai, mas o servidor fica e ele tem o contato com o servidor do município. Então, com isso, vamos conseguir a manutenção dos comitês locais. Além de ter o comitê estadual, estamos incentivando que sejam criados os comitês locais. Vários já se estabeleceram para ter esse diálogo, para evitar a judicialização na saúde.

O que pretendemos com esse trabalho do comitê? Queremos a redução, mas, muito importante também, sem evitar, sem deixar de atender ao cidadão. Esse sempre foi o nosso foco. Todo o nosso trabalho foi no sentido de garantir a assistência ao cidadão, mas, se possível, sem a judicialização. Não queríamos um trabalho em que a solução viesse depois que houvesse ajuizamento. Fizemos todo um trabalho prévio. Como vocês viram, conseguimos reduzir sensivelmente a judicialização, e, com isso, agora, essa demanda, em vez de eclodir, diminui. Se bem que agora estamos fritos com essa situação econômica. Daqui a pouco vai explodir tudo de novo. Pelo menos lá no Rio Grande do Sul o governador não está conseguindo nem pagar salário, muito menos comprar remédios. Com isso, a judicialização certamente vai aumentar. Todos os que trabalham nessa área têm a consciência de que não adianta não fornecer, porque sai muito mais caro judicializado do que não judicializado.

O Dr. Gilmar ontem certamente já falou sobre esse nosso trabalho. O Conselho Nacional do Ministério Público, junto com o Conselho Nacional de Justiça, ou seja, o Dr. Gilmar, o Dr. Rodrigo, que é lá do Rio Grande do Sul, a Dra. Milena, de Tocantins, e eu, do Rio Grande do Sul, compilamos esse trabalho. Desculpem-me aquelas pessoas que não foram incluídas. Todos também têm um bom trabalho, mas, por uma questão de sistematização, foram escolhidos os trabalhos da Casa que nos recepciona, Minas Gerais, o exemplo de Tocantins e do Rio Grande do Sul. Então, essa cartilha traz a consistência dessas ideias.

Não quero deixar de realçar uma questão muito importante que está ocorrendo. Está agora em andamento a Agenda Habitat III. Os senhores devem saber, pois isso é de interesse dos municípios. Nela, o objetivo 3 fala de boa saúde; o 17, de paz, saúde e participação. Ou seja, tudo isso que estamos fazendo. Então, no objetivo da Agenda Habitat III estão esses três aspectos muito importantes da judicialização da saúde. Muito obrigado.

O presidente – Agradecemos ao ilustre palestrante, desembargador Martin Schulze. Com a palavra, o Sr. Maurício Batalha Machado, que fará sua palestra sobre o tema “Caminhos para a redução da judicialização”.

Palavras do Sr. Maurício Batalha Machado

Primeiramente, agradeço a esta Casa Legislativa o convite. Estava, deputado, há alguns anos, dois ou três, sem participar de eventos dessa magnitude. Fico muito contente e comentava com a Dra. Patrícia sobre o alto nível deste ciclo. Participo de eventos assim desde 2007. Acredito que este é de maior nível de explanação de vários temas discutidos aqui. Agradeço a toda a equipe de apoio, ao John, ao Marcelo, à Patrícia – desculpe se esqueci alguém –, pelo compromisso, pela responsabilidade e pela forma com que nos receberam aqui. Fui sempre muito bem acolhido desde a minha chegada no domingo.

Tomei conhecimento da judicialização em 2003 pelo deputado Coruja, que era deputado federal eleito por Santa Catarina. Assumiu a Secretaria Estadual da Saúde e me convidou a exercer uma função pública. Lá, sem experiência nenhuma na área pública, fui aprendendo e descobrindo os caminhos.

Em dado momento, como diretor administrativo-financeiro, recebi uma liminar para ser cumprida – na época era o interferon peguilado –, a fim de que fosse concedido medicamento ao paciente. Em 2003, ainda no início da judicialização, ao menos em Santa Catarina, participamos de um ciclo de palestras com o então ministro Nelson Jobim. Naquela época, ele já nos informava que a discussão que estamos fazendo aqui aconteceria e sempre com a demanda crescente, em razão do acesso à Justiça que o cidadão está tendo no momento democrático em que vivemos e também pela própria questão da indústria, da facilidade de acesso aos medicamentos.

Na discussão, vemos a angústia de uma mãe que perdeu o filho, vemos a angústia dos prefeitos, vemos a angústia dos secretários municipais de saúde e dos procuradores municipais, meus colegas, e também do Judiciário. Vemos aqui a explanação do Dr. Renato, da Dra. Vanessa, do Dr. Martin, todos angustiados, cada um com seu problema, e todos com a questão da judicialização. Como tenho essa experiência praticamente empírica – depois aprofundaremos na questão técnica –, ressalto que 70% da discussão da judicialização se resumem a financiamento dos tratamentos, das rotinas de procedimentos; e 30% à má gestão ou à má coordenação. Isso, no meu entendimento. Há quem não pense assim, mas vivemos numa democracia.

Ouvindo as palestras, verificamos que sempre se busca a proteção da vida. A vida é o nosso maior patrimônio, a vida com saúde é a ideal, e a ideal ainda é a vida com saúde e dinheiro. Isso é o patrimônio que o cidadão tem. Não adianta você ter uma vida com



dinheiro sem saúde. Vemos vários casos de final de vida. O Olacyr de Moraes, que há pouco tempo veio a óbito, era o maior produtor de soja do mundo e acabou tendo o seu problema agravado.

Verifico três etapas, como o Dr. Fernando disse ontem: a padronização da medicação em nível internacional; depois ela entra com a regulamentação da Anvisa em nível privado; e, num terceiro momento, ele vem a ser buscado por meio do SUS, e os municípios são os grandes penalizados. Fico bem tranquilo, porque estive muito tempo como servidor comissionado do Estado de Santa Catarina, fiquei quatro anos como diretor administrativo-financeiro e, em 2007, fui convidado – eu já estava exonerado – a retornar para montar o Núcleo de Acompanhamento de Ações Judiciais – Naaj. Naquele momento, se não me engano, o secretário do Espírito Santo e o diretor da assistência farmacêutica daquele estado haviam recebido uma ordem de prisão pelo descumprimento de uma ordem judicial. Houve um alvoroço entre os secretários no Brasil todo para se prevenirem. Montamos uma estrutura com farmacêuticos, técnicos administrativos, enfermeiros e tentamos começar a cadastrar pelo menos o recebimento das demandas e criar isso que o Dr. Martin diz que está sendo feito no Rio Grande do Sul: uma integração. A Procuradoria do Estado não conversava com a Secretaria de Saúde e, pasmem os senhores, muito menos a diretoria de assistência farmacêutica conversava com a secretaria. Ela fazia o que queria, da forma como queria, não cumpria as decisões, havia muitas de medicamentos de R\$15.000,00, R\$20.000,00 e multa de R\$300.000,00, R\$400.000,00 pelo descumprimento da ordem judicial.

Criado isso, começamos a detectar os problemas. Primeiramente, a prescrição de medicamentos fora do respeito à lei nacional, sem a denominação comum brasileira ou internacional, trabalhando com nome de marca – reforçando aqui a questão comercial de medicamento em relação a nomenclatura; os prazos para as decisões serem cumpridas – o prefeito aqui hoje, angustiado, mencionou a questão da morte, de madrugada, a vida não aguarda o horário. Muitas vezes não havia a possibilidade de adquirir certos medicamentos, porque eles estavam em outros centros. Estávamos no Sul do Brasil, e esse medicamento levaria três, quatro, cinco, dez dias para chegar; e, ainda, chegando à capital, teria de ser encaminhado ao Oeste do Estado, que está a 700 km, 800 km da capital.

A questão dos medicamentos importados. Em dado momento até pode ser considerada a importação de medicamento um crime hediondo, dependendo de como é feita sua transposição. No Estado, deputado, optamos por pedir o orçamento e depositar em juízo o valor do medicamento a ser importado, justamente para que o secretário ou o governador, no momento, não tivesse nenhum problema de legalidade. Tínhamos um problema para fazer a importação do medicamento, que às vezes demorava quatro ou cinco meses, pois havia a necessidade de se fazer a transferência de taxa cambial e o empenho. Havia uma burocracia enorme, por isso fizemos essa opção, que deu certo. Quando o paciente começou a ter de fazer a importação, quando o juiz deferia o depósito em juízo, ele sacava o dinheiro e apresentava depois a nota do valor que ele gastava, muitas pessoas começaram a verificar a dificuldade disso; e ainda não se tinha comprovada a eficácia do medicamento.

Há também a dificuldade dos cartórios para enviar os documentos e prescrições e a falta da previsão do período de tratamento. Então, na decisão judicial, na prescrição, não se dizia se seriam seis meses, um ano ou dois anos, para aquele tratamento, ficava à mercê. Há também as decisões sem a obrigatoriedade da prescrição médica mensal ou contra cautela, aquilo que o Dr. Martin ou o Dr. Renato comentou. Não existia uma obrigatoriedade de se comprovar a necessidade de o paciente continuar utilizando aquele medicamento por um tempo necessário. Muitas vezes conseguimos apurar que pacientes adquiriam um medicamento sem a necessidade e, como foi dito aqui, iam para a internet ou o mercado negro fazer a venda dessa medicação. Aliás, em Laguna, uma cidadã que utilizava medicamento oncológico faleceu e conseguimos apurar que, seis meses depois, o marido e o advogado, quando pegavam o medicamento, faziam a sua venda. Então, tínhamos essas dificuldades.

Há algo que foi tratado por diversas vezes: o desconhecimento não apenas dos usuários, mas também das pessoas que atuam no SUS. Se a pessoa atua na área X, ela entende da área X. Se um parente ou alguém precisar de alguma outra área de medicamento ou de cirurgia ou do que seja, esse cidadão não sabe como utilizar o serviço. Então, existe uma dificuldade da compreensão – acho que o Dr. Renato e o Dr. Márcio falaram sobre isso. Existe uma dificuldade para se padronizar e regularizar isso e o cidadão saber não apenas como fazer, mas onde buscar o que precisa. Sempre defendendo a criação de uma cartilha, de algum manual, como as listas telefônicas que existiam antes. Com ela, o cidadão poderá ir lá e dizer que precisa do medicamento X. Se ele for medicamento de farmácia básica, eu irei ao município, farei o procedimento e o pegarei lá. Se ele for medicamento de componente especializado, o Estado o fornecerá ao paciente. As pessoas, então, não sabem como fazer isso, e muito da judicialização ocorre em virtude desse desconhecimento.

Diante disso, em junho de 2009, o núcleo foi montado. Eu me afastei por vontade própria, retornei a minha cidade e fiquei advogando e assessorando o deputado federal Coruja. Continuei estudando alguma coisa de judicialização, mas me afastei um pouco porque não via nada concreto para a melhoria do sistema. Deixo bem claro que sou favorável à judicialização. Esta, muitas vezes – desculpem-me a expressão -, faz com que o Estado e o município tirem a bunda da cadeira e resolvam o problema do cidadão. Às vezes, quem está na ponta, um diretor ou um servidor, não está sofrendo com o problema. Apenas no momento em que o problema ocorre com um cidadão que é seu parente ou está próximo a ele, a questão será resolvida. Então, a judicialização, em 30% a 40% dos casos, é legítima. Apenas tenho pena dos prefeitos e secretários municipais de saúde que estão respondendo por 70% a 80% das demandas. Vejo o relatório do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, com uma redução significativa. Como o secretário Fausto falou, é ruim falarmos no final, porque todos já disseram o que gostaríamos de afirmar. Mas é também bom porque podemos criticar em um aspecto construtivo, discordar, e ninguém mais terá a palavra ou o direito à réplica.

Acredito que a judicialização é boa nos aspectos. O deputado Arlen não está presente à Mesa, mas, em relação à provocação da União, tive uma decepção muito grande de uma decisão da Justiça Federal. Quando as ações são impetradas na Justiça comum, há uma celeridade, e a liminar é mais fácil. As pessoas me procuraram, porque sou advogado e presidente da Comissão Estadual de Saúde da OAB em Santa Catarina, e procuraram o nosso presidente, para que fizéssemos uma intervenção junto aos advogados para entrar com as ações na Justiça Federal. O direito de ação é do cidadão e do advogado. Não há como a OAB dizer: “Você entra contra A, contra B, contra C, e entra em tal lugar”. Isso não é competência da OAB. O que se busca é que, na Justiça Federal, infelizmente... Em 2007, começamos um trabalho de integração com a Procuradoria-Geral de Estado, de chamar a União no processo e deslocá-lo,



muitas vezes já com a liminar, para que a Justiça Federal chamasse a União. No meu entendimento, a União é litisconsórcio obrigatório nas demandas, porque ela cria as políticas públicas e as padronizações. Desculpe falar na ausência da Eliete, do Conitec, mas é muito lento.

Quando o Dr. Atallah nos diz que o Avastin já está há seis anos encaminhado para padronização, vemos que só falta recurso para padronizar, até porque ele é mais barato que o Lucentis. Uma vez, tive uma experiência no Conass, em que um diretor do Ministério da Saúde foi nos dar uma palestra, e no final fiz uma pergunta – porque sou meio arrojado: Por que vocês não padronizam certa droga? “Não há dinheiro.”

Sempre quis saber o percentual do PIB investido em saúde pela União. Vários órgãos me diziam 2,7, 3,2, 2,2. Há uma câmara de medicamentos, em Santa Catarina, de que faço parte pela OAB, constituída por procurador da República, juiz federal, promotor público. Cada entidade tem o seu assento. E uma representante do ministério, há uns seis meses, quando provoqueei isso, disse: “Maurício, eu vou lhe falar, porque você sempre vem às reuniões e provoca essa pergunta. A princípio é 1,9 do PIB aplicado em saúde pelo governo federal”. Não existe nenhum município no Brasil – desafio vocês – que esteja aplicando menos de 20%, quando a competência é de 15%. O próprio consultor do Tribunal de Contas veio nos informar que abaixou a judicialização. Mas será que não migrou das contas do Estado para os municípios? A gente não sabe. Até gostaria de provocar o estudo dele para saber, porque, às vezes, pode baixar aqui, mas outro começa a pagar a conta. Vi que o desespero dos secretários municipais de Saúde aqui é o mesmo que em Santa Catarina. Acredito que seja o mesmo no Rio Grande do Sul. Nos estados, os municípios estão assoberbados.

Deputado Wilson, o senhor é médico, e o deputado Coruja é médico e bacharel em direito. Ele deve procurá-los aqui na Assembleia Legislativa. Ontem eu sei que ele estava no Distrito Federal; já foi ao Rio Grande do Sul e já visitou e recebeu apoio de oito estados. Ele está propondo, via assembleias legislativas, a alteração do pacto federativo. Precisamos de 14 assembleias para alterar os índices e a forma do pacto federativo existente hoje.

Afirmo aos senhores: 70% da judicialização é falta de dinheiro, não é só gestão. Tanto que, em Santa Catarina, como deputado estadual, e por três vezes deputado federal, propôs o incremento de 12% para 15% o mínimo do Estado, via câmaras de vereadores. Ele tem feito um trabalho nas câmaras de vereadores, porque elas podem alterar as constituições estaduais aumentando o índice. Não há outra forma: ou é mais dinheiro ou a judicialização vai aumentar e vamos ter de pagar essa conta.

Então, a princípio, era isso que queria dizer: no meu entendimento, recurso é 70% do problema da saúde hoje no Brasil. Ele pode até ser mal empregado, mas na grande maioria falta recurso.

Diante disso, assumi a Secretaria da Saúde, como adjunto, em 2013. Fui forçado, não queria participar da gestão. Fiquei um ano e meio, e, por problemas com a secretária, pedi para ser exonerado. Montamos um programa municipal junto ao Dr. Sílvio Orsatto, juiz da Vara da Fazenda. Em 2007, a primeira porta em que bati foi a dele, e foi o primeiro que a abriu, porque, como o Dr. Marcos disse, o Judiciário era muito reticente, porque era um momento novo, uma matéria nova. E começamos, com ele, a criar algumas contracautelas.

E me vem duas à mente: a questão da contraprestação, a cada 90 dias, por médico, dizendo que o medicamento continua sendo necessário; e a exigência, que consta nas decisões até hoje, de que o cidadão entre em algum programa – de tabagismo, diabéticos, hipertensos –, para continuar ganhando, na decisão judicial, o medicamento. Então, ele faz com que o cidadão vá para unidade básica de saúde fazer o tratamento adequado e buscar sua saúde lá.

O gestor público deverá zelar sempre pelo binômio segurança e eficácia, objetivando o acesso universal e igualitário, sob pena de inviabilizar a assistência farmacêutica pelo SUS. Desde de 2007, eu mantenho esse texto, porque naquela época era a assistência farmacêutica a mais prejudicada, mas hoje vamos inviabilizar o SUS por todo o sistema, por tudo o que já foi percorrido aqui.

No município, criamos no núcleo de conciliação de demandas em saúde, que busca, com a procuradoria do Estado, juízes, promotores, com quem atua na área de saúde, tentar reduzir as demandas. Desde o dia 10 dezembro, em que assumi a procuradoria, capacitamos um procurador, que não tinha conhecimento, e hoje é a Dra. Emeline – e quero lhe fazer justiça, porque ela também é coordenadora e tem feito um bom trabalho –, três assessores técnicos, dois farmacêuticos – um do Estado e um do município –, um médico e um estagiário.

Os objetivos do núcleo são a centralização, concentração de informações, atendimento melhor aos pacientes e a todos os envolvidos no processo, e a integração de profissionais de diversas áreas. Sempre cito que a farmacêutica em Florianópolis uma vez suspendeu o fornecimento de medicamento de um cidadão, porque o processo havia sido suspenso para fazer uma perícia. Ela entendeu que com o processo suspenso era para parar de fornecer o medicamento. Com isso, trabalhando no mesmo espaço médico, farmacêutico e advogado, um começa a entender a linguagem do outro e a descobrir como funciona o sistema.

Essas são várias orientações que temos no sistema municipal e sempre, no final, devemos solucionar o problema do cidadão. Mesmo que seja um não. Aprendemos que é melhor dar um não como resposta, do que dar uma não resposta. Temos de justificar e explicar ao cidadão por que ele não receberá aquele medicamento ou por que não terá acesso ao tratamento.

Esse é o fluxograma do núcleo, de como funciona a entrada dos pedidos. O paciente deve juntar à prescrição médica um laudo médico e um comprovante de que reside no município, porque estamos tratando da rede municipal. O caso será analisado por aquele grupo que apresentei aos senhores, para ver se há necessidade ou não do fornecimento. A cada 15 dias, fazemos cerca de 20 audiências administrativas, em que os pacientes são chamados e, se quiserem, podem levar seus prescritores médicos e advogado. Implantamos isso há cerca de dois meses, e temos obtido muito sucesso. Geralmente, de cada 25 audiências administrativas, temos feito a composição em 18 ou 22, então, 3 ou 4 têm ido para a judicialização.

O estado estava muito reticente em participar desse sistema. Santa Catarina é dividida em 36 secretarias regionais, e cada regional tem um secretário de estado e um gerente de Saúde. Conseguimos levar o gerente de Saúde para o evento. Nos casos em que o estado é o ente obrigado a fornecer o serviço, temos encaminhado via TFD, temos colocado na fila, regularizado a forma do acesso, para não haver furo de fila.



Essas são as responsabilidades. Como o Dr. Martin falou, fiquei feliz com sua explanação, porque defendo desde 2007 a subsidiariedade entre os entes. Não se pode condenar um município a fornecer um medicamento de R\$10.000,00 ou R\$15.000,00 para oncologia, quando já existe entre os entes uma orientação dizendo que oncologia é obrigação da União.

O que tem de mudar é a forma do tratamento oncológico no País. Temos de criar uma Apac-Onco para o tratamento e uma Apac-Onco para o medicamento, porque muitas vezes o Unacon ou o Cacon que for, simplesmente, diz ao paciente que o SUS não fornece esse medicamento. Claro! O trastuzumabe custa de R\$10.000,00 a R\$15.000,00, e o ressarcimento pelo tratamento – já que dizem que o SUS dá o tratamento – é de R\$5.000,00. Então, o paciente não vai ter acesso ao medicamento. Ou seja, vejo que a questão oncológica é hoje a mais complicada financeiramente; é a que mais custa ao Estado, fora os medicamentos e os tratamentos de doenças raras. Mas há forma de resolver.

Para dar um exemplo aos senhores, fizemos um acordo para um medicamento de dexametasona e tobramicina. Para o município fornecer esse medicamento ao paciente, o custo é de R\$33,00. Ora, se o município não desse o medicamento, o caso seria judicializado, e aí teria o custo da movimentação do Judiciário – da procuradoria e de todo o processo judicial. Como o Dr. Fernando falou ontem, ninguém mais do que o Executivo tem condições de dizer se determinado medicamento é apto ou não ao tratamento; em segundo lugar, o Legislativo; e em terceiro, o Judiciário. Vemos pessoas angustiadas com isso. Posso falar em nome do Dr. Sílvio Orsatto, que às vezes me ligava para perguntar sobre determinado medicamento. Depois de pesquisar, eu dizia a ele que o medicamento tinha esse ou aquele efeito colateral, e ele ficava entre a cruz e a espada. E se ele não desse e o paciente morresse? E se ele desse e o paciente morresse, como aconteceu no exemplo citado aqui do paciente que tomou uma medicação que não era indicada para a sua situação? Também há uma decisão de 2007 da ministra Ellen Gracie, de que todo mundo se esqueceu, porque já houve alteração no entendimento do STF – em homenagem ao Dr. Martin, que é gaúcho, lembro dessa ministra sempre muito atuante.

Também temos uma lei municipal que prevê que o município pode fazer acordos judiciais administrativos. No acordo judicial, somente o procurador pode fazer o parecer, com a assinatura do prefeito dando autonomia ao procurador ou ao defensor do município que esteja lá. Quando administrativo, o acordo é feito nessas audiências de que falei para os senhores; vem para a procuradoria, passa pela auditoria, volta para a procuradoria, que dá o seu voto; daí, o prefeito autoriza ou não que a saúde forneça. Não leva mais do que 10 ou 15 dias, da audiência ao fornecimento do medicamento. Foi a isso que o Dr. Felipe se referiu quando comentou que foi feito um estudo em Lages. Temos tentado dar o atendimento mais célere quando é necessário.

Aqui, vemos a questão da lei, que posso mostrar posteriormente, se alguém tiver interesse. Mas temos o limite anual de R\$6.780,00 por cidadão. Então, são realmente aqueles medicamentos que estão na esfera da atenção básica, ou seja, na esfera da obrigação do município. Aliás, outra coisa que quero deixar clara é que, na participação no SUS da União, estados e municípios, há uma organização mínima. Então, achei muito interessante o que o Dr. Renato colocou: quando o judiciário não reconhece essa organização, ele atrapalha o sistema. O Judiciário tem de entrar quando não tem uma política pública ou quando ela não está funcionando. Achei perfeita a colocação do Dr. Renato, até porque são poucos os magistrados que vemos isso com essa desenvoltura. É louvável que tenha buscado as especializações que foi buscar, porque em todos esse tempo que atuo nisso, vi poucas pessoas buscarem essa formação e quererem entender mais de saúde, como o senhor, o Dr. Martin e alguns outros desembargadores. Ainda são poucas pessoas no Brasil com esse perfil. Então, aqui está a lei municipal.

Aqui vemos dados de que, em junho de 2015, foram 21 propostas de ações judiciais e 11 procedimentos administrativos. Desse total, 13 foram conciliados; 1 teve outro encaminhamento – foi para a TFD ou caiu em outra situação; e 18 foram judicializados. Em agosto, já tivemos uma desenvoltura melhor: de 20 procedimentos, 15 foram conciliados; 4 tiveram outros encaminhamentos; e 4 foram judicializados. O fato é que um município não pode vir a ser condenado, em função de um medicamento de responsabilidade da União – como os componentes de medicamentos de aids e de oncologia. Também a União e os estados não podem vir a ser condenados em função de medicamentos básicos, porque o município já recebe um valor específico da União e do Estado para fazer sua farmácia básica.

Então, de acordo com o que foi dito aqui, se a gente começar a seguir e melhorar os programas, isso resolverá grande parte da judicialização. Percebemos que, nesses dois meses, diminuiu a judicialização, há aqui a questão dos dados.

Quero dizer algo que anotei e deixar bem claro para os senhores que sou favorável à judicialização mais uma vez com algumas regras e normas. Pergunto-me: o SUS é bom? Sim. O que precisa ser feito é aumentar o financiamento, obter um financiamento adequado e alguma reprogramação do sistema, principalmente na área oncológica e, conforme expus para os senhores, a questão do desmembramento do tratamento e do medicamento. É preciso ser medicamento separado, não tem como ele estar dentro do tratamento em razão do seu custo.

Há caminhos para reduzir a judicialização, como financiamento adequado, melhor informação do sistema ao cidadão, reprogramar o sistema. O SUS tem de ter uma revisão geral de determinar o que é de quem, mesmo que não esteja hoje com o programa funcionando. Pode pensar: esse programa não funciona, ainda não existe, mas ele deveria ser da União, do estado ou do município. Além de tudo isso, com a judicialização, os municípios recebem das unidades básicas de saúde R\$8.000,00 ou R\$9.000,00 por equipe. Há uma demanda por equipe mínima, e só o médico custa mais que isso, fora o algodão, a agulha. Em Lages, há um tempo tivemos representante do ministério, a gente propôs construir a unidade básica de saúde e que a União e o ministério dessem o custeio. Não saiu a unidade. O Samu, enfim, tudo está caindo nas contas do município sem a reprogramação devida financeira.

Quero deixar uma questão para os senhores. O Dr. Arlen expôs, mais uma vez, que infelizmente a Justiça Federal não acatou lá atrás o chamamento da União ao processo. Em 2007, estudamos buscar junto à União ressarcimento. Na época, consegui administrativamente que o ministério, nas lides em que se encontrava no polo passivo – estado e União –, ressarciria 50%. Juntávamos uma nota fiscal da compra do medicamento, a cópia da decisão e da entrega do medicamento e ele ressarcia 50%. Quando o município estava, ele ressarcia 33%. Durante um bom tempo conseguimos, mas era muito complicado, porque é muito papel, muita ação e havia dificuldade para conseguir operacionalizar isso. Não vejo outra solução de cobrar da União a não ser entrar com uma ação originária do estado ou do município, por sua obrigação, no STF. Os senhores imaginem que, em cada ação no município, que



deveria ser a União prestar o serviço ou fornecer o medicamento, o município ter de entrar com uma ação no STF. Pelo que estudamos à época, ela deve ser uma ação originária, ação por ação entrar contra a União. Creio que tem de ser revista essa posição da Justiça Federal e, no mesmo processo, chamar a União e esta já ressarcir o estado ou o município ou vir a fornecer os medicamentos.

Eu tinha bem mais coisas para dizer, mas o meu tempo está estourando, então adequiei a minha explanação. Quero agradecer, mais uma vez, ao deputado a oportunidade. Estamos sempre à disposição. Minha vinda a Minas Gerais me fez dar uma revivida no tema. Como disse, já estava afastado dessas discussões há dois ou três anos. O modelo que a Assembleia adotou é aquele de que estamos precisando. Parabênzo a Assembleia de Minas Gerais, o deputado Doutor Wilson e os demais deputados. Quero dizer aos senhores que estamos à disposição no que pudermos auxiliar e nos endereços que lhes foram repassados. Muito obrigado.

O presidente – Agradecemos ao ilustre palestrante Maurício Batalha Machado a brilhante explanação. Para dar continuidade ao tema, falando sobre caminhos para a redução da judicialização, convidamos a Sra. Patrícia Paim.

Palavras da Sra. Patrícia Paim

Boa tarde a todas e a todos. Gostaria de cumprimentar a Mesa e agradecer a oportunidade de participar deste evento. Todos os que aqui palestraram foram brilhantes em suas exposições. Vou tentar contribuir um pouco com o tema da judicialização e os impactos que podemos minimizar com as mediações.

Fiz parte da Secretaria de Saúde por mais de quatro anos na parte da judicialização e, dentro da assessoria de judicialização na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, implementamos a câmara de mediação. Desde 2011 estamos “namorando” a câmara e, em 2013, conseguimos com que ela começasse a desenvolver e ter nossas reuniões buscando a mediação.

Pergunto-me por que a gente veio buscar a mediação. Por que a judicialização existe? Vamos começar por aí, que fica mais fácil. Por conta nas falhas na cobertura? Por conta de interesses individuais? Por que ela acontece? Na verdade, nesses encontros que tive da mediação, onde tinha contato direto com o paciente, percebi que a judicialização acontece por vários motivos, mas uma grande fatia é porque o paciente não se sente assistido, acolhido pela Secretaria de Saúde. O paciente busca a judicialização para ser assistido, para ser acolhido. Muitas vezes o que o paciente procura na judicialização a Secretaria de Saúde já tem para assistir tal paciente, mas ele não sabe como será assistido, onde ir, como procurar, como receber o medicamento, como ter um tratamento. Ele acredita que a Secretaria de Saúde não vai assisti-lo, por isso vai direto a uma defensoria pública ou ao Ministério Público para buscar essa assistência.

Então, quando começamos a fazer mediação e conversar com os pacientes, percebemos que eles não sabem realmente. O que precisamos é acolher melhor, é humanizar mais o atendimento do paciente no SUS. É exatamente isso que a gente veio fazendo, e acreditamos que vai ser o grande diferencial da mediação: humanizar a assistência, o trato com o paciente.

Qual é a grande vantagem da mediação? É a redução das demandas judiciais e a inserção dos pacientes nas políticas do SUS. A redução das demandas judiciais não é apenas o paciente não judicializar, é o paciente ter, de fato, o correto tratamento para a saúde, porque uma decisão judicial nem sempre traz o paciente para dentro da Secretaria de Saúde. Ela determina uma compra de medicamento, às vezes, por meio de depósito judicial, por bloqueio, mas não é trazendo o paciente para dentro da secretaria. E, quando você media, sente de verdade a necessidade dele, percebe que o paciente precisa do medicamento, mas não é só disso. Ele precisa de um tratamento, um exame, uma consulta e outras coisas mais que podemos lhe ofertar quando conversamos com ele e quando o trazemos de volta à Secretaria de Saúde.

Portanto, o passo importante da mediação é você assistir, acolher o paciente dentro das políticas públicas do SUS.

É você resgatar a confiança da Secretaria de Saúde para o paciente que já não está acreditando mais que a secretaria faz. Hoje o paciente procura a Defensoria Pública ou o Ministério Público porque acha que a secretaria já não faz. É a secretaria que continua comprando o medicamento, é a secretaria que continua fazendo tudo, só que numa inversão total de valores. O paciente vai com a plena convicção de que quem o assistiu foi a Defensoria Pública, e não a Secretaria de Saúde.

A Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – Camedis - foi instituída por uma portaria conjunta entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e a Defensoria Pública, em fevereiro de 2013. Há aproximadamente dois anos e meio ela vem funcionando com as nossas reuniões, que eram inicialmente mensais, depois realizadas de 15 em 15 dias, e temos certeza do seu sucesso. Observamos que, graças à mediação, a judicialização se reduziu. Cinquenta por cento dos pacientes que procuravam a Defensoria Pública judicializavam. Então apenas a metade era resolvida de forma administrativa. Após a câmara de mediação, menos de 10% dos pacientes que procuram a Defensoria Pública judicializam. Então é um grande avanço e, em especial, um grande ganho para o paciente, que passou a ser assistido e acolhido em sua plenitude, e não apenas naquilo que ele estava pleiteando, que acreditava ser apenas um medicamento ou apenas a consulta.

A Camedis é composta por representantes da Defensoria Pública do Distrito Federal e pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que é quem coordena a câmara de mediação. Tentarei passar um pouco para vocês como funciona a Camedis. O paciente da Defensoria Pública, ou da própria Secretaria de Saúde, ou do Ministério Público traz a sua demanda. A Defensoria Pública encaminha para a Secretaria de Saúde, que analisa o pedido do paciente, o que ele está requerendo, e analisamos se aquilo é possível ou não, e quais são as formas. Então existem demandas 100% atendidas, demandas atendidas parcialmente e demandas que não podem ser atendidas. Em demandas atendidas parcialmente, o paciente pede o medicamento, que, na grande maioria das vezes, é padronizado, ou é um serviço padronizado. Só indicamos ao paciente como ele faz para ter acesso àquele serviço, ou como ele faz para retirar aquele medicamento. Então só damos orientações ao paciente.

O segundo caso, atendido parcialmente, é quando o paciente solicita um medicamento que muitas vezes não é padronizado, e lhe oferecemos alternativas terapêuticas de tratamento. Junto a isso, consultas, exames, demonstrando ao paciente que ele pode, sim, ser assistido de pronto pela Secretaria de Saúde, de forma mais célere, com o medicamento padronizado. E o não atendimento é quando, infelizmente, não conseguimos assisti-lo, por não haver o medicamento padronizado ou não haver um substituto, uma alternativa terapêutica, nem por tratamento, nem por medicamento, nem por exame, nada. Infelizmente esses restam em ação judicial.



A Camedis tem como missão institucional buscar soluções para as demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite. O maior objetivo é evitar as ações judiciais. E isso, na verdade, assistindo o paciente, e não fazendo com que ele não vá ao Judiciário. O que se quer é que ele não vá por não haver necessidade mais, por já se sentir acolhido e assistido pela Secretaria de Saúde.

O objetivo da câmara de mediação é inserir o paciente nas políticas públicas do SUS, resgatar a confiança do usuário e a credibilidade da Secretaria de Saúde – o SUS, na verdade. Faz-se a inserção desse paciente nas políticas públicas do SUS com a ativa participação dos responsáveis por executar as políticas públicas, que são os médicos, os secretários de Saúde, a Secretaria de Saúde.

Quando a gente media, assume a responsabilidade, garante ao paciente que ele vai ser assistido, que ele não precisa ir ao Poder Judiciário. Naquele momento o paciente confiou na Secretaria da Saúde. Da mesma forma que a gente quer que ele continue confiando na Secretaria de Saúde, colocamos os membros da secretaria envolvidos nesse processo, em especial o médico. No caso do DF, 99% das demandas judiciais são de médicos da Secretaria de Saúde, que é um fator um pouquinho diferente dos outros estados.

Um ponto bem importante é incorporar o paciente na política do SUS. Por exemplo, quando o paciente pede uma consulta, a gente não o passa na frente de outro paciente. Demonstramos ao paciente que existem vários outros pacientes que também estão aguardando pela mesma consulta, que existe uma lista regulada e que existem pacientes que precisam mais rápido dessa consulta do que ele. A gente tenta conscientizar o paciente do pedido dele, da lista de espera de outros pacientes para realizar uma cirurgia, para ter uma consulta e dos gastos que o poder público tem. Tentamos mostrar a ele que o melhor tratamento nem sempre é o mais caro, que o melhor tratamento é aquele em que você tem assistência de pronto. Que talvez seja você realmente vir para dentro da política do SUS, que aquele medicamento é padronizado, que você tem de pronto e que não vai aguardar. Muitas vezes os médicos prescrevem medicamentos importados e o paciente não tem tempo para esperar pelo medicamento. Então ele fica nesse limbo, sem ser assistido, durante 30, 60, 90, 180 dias, até que o medicamento chegue. São seis meses de desassistência. Então talvez se ele estivesse sendo assistido com o medicamento que a gente tem na Secretaria de Saúde, de acordo com as políticas públicas do SUS, poderia estar melhor, não sentindo dor, poderia estar melhor assistido. Então nem sempre o melhor tratamento é o melhor medicamento, e sim o que a Secretaria de Saúde oferece de pronto.

O resultado da câmara de mediação é que a gente consegue diminuir a interferência do Poder Judiciário na administração pública, resgatar o poder decisório do gestor, integrar o usuário ao SUS e minimizar a desigualdade de acesso à saúde, ocasionada por demandas individuais, proporcionando atendimento igualitário a todos os usuários do SUS.

Quando a gente diz que resgata o poder decisório para o gestor, é que, em vez de uma decisão judicial determinar que temos de operar o paciente urgentemente, em 24 horas, em 48 horas, talvez o paciente não seja um paciente com qualificação tão urgente, que é a classificação vermelha, é um paciente cuja cirurgia tem, sim, de ser feita, mas ele pode aguardar um mês, dois meses, e a gente pode atender os pacientes prioritários. A gente consegue passar isso ao paciente, que entende e sai de lá com a segurança de que foi assistido e a certeza de que será atendido.

Observamos também a economia que conseguimos fazer quando a gente media. Dados do Iped de 2013 demonstraram que cada processo judicial, somente gastos com o Judiciário, custa de R\$5.000,00 a R\$6.000,00. Ou seja, para cada 200 ações que deixam de existir, mediadas pela câmara de mediação, temos mais de R\$1.000.000,00 de economia. Isso é apenas na área do Judiciário. São R\$1.000.000,00 que poderiam ser investidos em novas políticas públicas, incorporações de novas tecnologias e melhor assistência ao paciente.

O resultado da mediação é: conseguimos fazer a mediação de 85% das demandas que vão para a câmara de mediação; 7% restam na judicialização, infelizmente não conseguimos resolver; sem acordo 4%, mas o paciente percebe que não tem como e não procura o Poder Judiciário; e 4% são outros casos, como o da paciente que não vai à mediação, o da paciente que entrou e desapareceu, e não conseguimos fazer contato de jeito nenhum.

Se vocês tiverem interesse em saber mais como funciona a câmara de mediação, há um artigo que foi publicado neste ano no Conass sobre o direito à saúde. Esse artigo fala exatamente sobre a câmara de mediação. Está aí a página, que fica dentro do Conass, na biblioteca, exatamente na coleção de 2015, e fala sobre a câmara de mediação, a Camedis.

Acho que fui mais rápida que todos aqui, mas tentei passar mais ou menos como funciona. Queria agradecer a todos que assistirem a esta palestra e dizer que o que percebo é que os pacientes hoje querem ser acolhidos, assistidos. A gente precisa, para ter um melhor SUS e para evitar a judicialização, de tratamento humanizado. A gente precisa humanizar o SUS. Nós precisamos tratar o paciente com mais carinho, com mais respeito. Se isso acontecer, o paciente voltará a confiar na Secretaria de Saúde e voltará a procurá-la em vez de procurar o advogado e a Defensoria Pública. Ele precisa acreditar que a Secretaria de Saúde está lá para fazer, sim, saúde, para melhorar o atendimento e a qualidade de vida daquele paciente. Se ele acreditar, ele vai, sim, procurar a Secretaria de Saúde antes de procurar os órgãos judiciais. É isso. Muito obrigada.

O presidente – Agradecemos à ilustre palestrante Patrícia Paim. Queria agradecer-lhe e parabenizá-la pela palestra.

Esclarecimentos sobre os Debates

O presidente – Neste instante, daremos início aos debates. Solicitamos àqueles que fizerem uso do microfone que se identifiquem, sejam objetivos e sucintos, dispensadas as saudações pessoais. Cada participante disporá de até dois minutos para fazer a sua intervenção. Lembramos que a leitura e a apresentação oral de perguntas serão feitas de acordo com o volume de sugestões recebidas.

Debates

O presidente – Inicialmente, serão feitas perguntas orais. Vou anunciar o nome de cada pessoa inscrita para fazer a intervenção. Peço que essas pessoas se dirijam aos microfones. Inicialmente, começaremos com a Patrícia Mendes, da Associação Mineira dos Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais – Amdii. Por favor, dirija a pergunta ao membro da Mesa.

A Sra. Patrícia Mendes – Boa tarde, doutores. Dizer que os assustadores números da judicialização acontecem porque os pacientes estão pleiteando medicamentos sem necessidade equivale a afirmar que todos os políticos estão envolvidos em atividades reprováveis. As duas afirmativas são inverdades. Sejamos sensatos então. Não podemos generalizar e deixar que os justos paguem pelos pecadores.



Hoje estou aqui como presidente da Amdii, mas também como cidadã. Eu também tenho uma doença inflamatória intestinal e não estaria aqui se não fosse por um medicamento que consegui judicialmente.

Feita essa consideração – é uma pena que o Dr. Felipe Dutra já tenha saído -, cumpre-me prestar aos senhores presentes um esclarecimento. Ele disse que os medicamentos estão sendo revendidos. Na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a cada três meses, o paciente precisa renovar a receita, comprovando que efetivamente continua fazendo uso do medicamento. Se sairmos daqui, hoje, sem as respostas às nossas angústias, nós, representantes de associações de portadores de doenças de Crohn e de Menkes, teremos perdido dois dias de trabalho com nossos portadores.

A questão para todos os senhores é: nossos pacientes fazem uso de medicamentos de uso excepcional distribuídos pela Secretaria de Saúde, que constam nos respectivos PCDTs. Um desses medicamentos já é distribuído há anos, genérico, que sempre ganha nas licitações. Esse medicamento não faz efeito, sai inteiro nas fezes; não faz efeito nenhum, e os pacientes continuam adoecendo, apesar de estarem recebendo o remédio da secretaria, apesar de a secretaria estar pagando por ele ao laboratório.

Há alguns anos, o Ministério Público conseguiu o recolhimento do lote adquirido pela SES. No ano seguinte, houve nova licitação, e o mesmo laboratório ganhou. Todo ano ganha, e o não efeito continua, o adoecimento dos portadores continua. É uma constante. O laboratório já teve vários medicamentos recolhidos pela Anvisa. Já foi punido, interdito e teve seu certificado de boas práticas negado.

A questão é o que fazer, se nem o Ministério Público conseguiu conter essa licitação, que todo ano ganha. É um absurdo a Secretaria de Saúde, o Ministério da Saúde gastarem um dinheiro que é inócuo, que não produz efeito. Em relação ao medicamento, os pacientes não conseguem a finalidade esperada. Eles não conseguem se manter em remissão com esse remédio. O Estado está jogando esse dinheiro água abaixo. O que faremos? Essa é a questão posta para todos os senhores da Mesa. Obrigada.

O presidente – Com a palavra o deputado Antônio Jorge, que também foi secretário de Saúde, para que possa dar a resposta.

O deputado Antônio Jorge – Escutei atentamente o que disse a Sra. Patrícia, cuja fala é muito importante. O nosso ciclo de debates, em seu formato previsto regimentalmente, necessariamente não tem de ser propositivo em termos legislativos, mas obviamente deve – afinal, estamos aqui nos esforçando – fazer diligências após seu término. Pode haver um conjunto de diligências a partir do relatório final, daquilo que ouvimos e cotejamos aqui nas diversas falas. Essa situação que a ilustre convidada nos traz é muito relevante. Talvez pudéssemos formular, a partir da Comissão de Saúde, até mesmo em razão do resultado desse ciclo, alguma diligência em relação a isso. Até já imagino as complexidades do assunto. O próprio Ministério Público já tratou do problema, e a empresa está constituída e ganhando licitações. A situação não deve ser simples, mas, dada a gravidade da denúncia e da ausência de efeitos, talvez pudéssemos fazer alguma diligência maior junto à Anvisa ou a algum laboratório que estudasse questões de bioequivalência ou seja lá o que for.

De qualquer forma, o caso chamou muito minha atenção. A responsabilidade da presidência, que conhece o assunto, é muito grande. Deveríamos dar tratativas a esse caso. Pediria à Sra. Patrícia que nos informasse, por escrito, o nome do medicamento ou do laboratório. Assumo – tenho certeza de que o farão também os membros da Comissão de Saúde – o compromisso público com a entidade de fazermos diligência e darmos alguma resposta quanto a esse assunto.

O presidente – Apesar de o foco deste fórum não ser basicamente dar respostas para alguns casos pontuais, entendo a angústia, a importância e a gravidade do relato da senhora. Se isso continua, realmente tem de ser sanado porque é inaceitável fornecer um medicamento que não tem efeito nenhum. Isso é gravíssimo não só para o próprio paciente, como também para quem é responsável por deixar esse medicamento ser consumido por pessoas com doença crônica, alguma doença extremamente séria, uma doença que, se não tratada corretamente, faça com que o estado de saúde do paciente seja agravado a cada dia. Estamos aqui à disposição, nosso gabinete está à disposição. Se quiser voltar aqui nesta mesma semana, junto à Comissão de Saúde, poderemos agendar uma audiência na Secretaria de Saúde. Precisamos verificar onde está sendo fornecido esse medicamento. Se realmente isso está acontecendo, alguma providência tem de ser tomada. Estamos à disposição.

Em razão do adiantado da hora, encerramos as inscrições para as perguntas orais. Passo a palavra ao próximo participante, Sr. Mário Cavaca.

O Sr. Mário Cavaca – Boa tarde. Nesses dois dias de debates, muitas coisas importantes nos foram trazidas. Acredito, como cidadão, que as coisas vão evoluir. Há uma tendência muito grande de melhora a partir do que vimos aqui. Hoje tivemos a fala do Dr. Felipe sobre antecipação de tutela. O Dr. Maurício falou que determinação judicial não se discute, cumpra-se.

E aí, uma questão que foi muito lembrada nesses dois dias: se os juízes não têm o conhecimento técnico médico, então por que, de repente, esse grande número de antecipação de tutela, se os juízes não têm esse conhecimento técnico? Uma vez dada essa antecipação de tutela, ela é reversível? Pode-se fazer alguma coisa? Será que qualquer um dos doutores do saber, os advogados, pode me responder isso?

Gostaria de parabenizar o evento e sugerir à Dr^a Patrícia que rasgue a passagem e implante o Camed aqui no nosso estado.

O presidente – Vamos fazer o seguinte: todos os que estão inscritos farão suas perguntas, depois cada membro da Mesa dará a resposta a todos ao mesmo tempo. Os inscritos são Ana Raquel Rabelo Cortes, Marco Aurélio Cozzi e Víctor Augusto Vieira. Com a palavra, Ana Raquel Rabelo.

A Sra. Ana Raquel Rabelo – Boa tarde a todos. Primeiramente, gostaria de parabenizá-los pela iniciativa. Estou aqui para representar a Secretaria de Saúde. Sou assistente social de formação e passei por um problema muito sério. Há nove meses, descobri que a pessoa que mais amo está com câncer. Apreendi a ver o usuário com outros olhos, porque quando passamos por questões de saúde a gente se desestabiliza. Não é só o paciente que fica doente, mas a família também.

Muitas vezes pedimos ao juiz o que as políticas públicas não estão fazendo. Posso até estar fora da questão da judicialização do debate, mas ficou muito claro na palavra de todos os palestrantes que o que falta é política pública que nos atenda com eficácia, porque, infelizmente, trabalhamos cinco meses no ano para pagarmos impostos, para ligarmos o *Jornal Nacional* e para vermos que nosso dinheiro está em escândalos, que nosso dinheiro está pagando farras e viagens para deputados. Felizmente, existem pessoas



boas. Não podemos direcionar isso a todos os políticos, não podemos falar que todos os políticos são corruptos porque não são, mas uma boa parte deles acaba deixando nossa política a desejar. O que precisamos hoje, senhores, é de orçamento, é de eficácia, é de conselhos ativos, com a participação da população.

Quem aqui é do conselho? Quem está aqui como usuário? Sou presidente do meu conselho. Como vou me fiscalizar? Muitas vezes levanto pautas, mas o usuário não tem conhecimento disso. Como vamos usar uma linguagem técnica para queimar o assina o nome? São questões que a gente precisa pensar porque, quando precisei do serviço de saúde para minha mãe, eu consegui, não porque eu trabalhasse na Secretaria de Saúde, mas porque Barretos me ajudou. Hoje lá é referência. Eles fornecem toda a medicação. Ela toma vacina de R\$7.000,00, de 21 em 21 dias. Então por que todo o Brasil não tem esse atendimento? Por que todas as famílias não têm esse atendimento de excelência nas diversas formas de doenças? Deixo aqui, senhoras e senhores, a minha pergunta: de quem e como vamos cobrar esse orçamento? Ficou bem claro que para a atenção primária há o recurso, mas há recurso para média e alta complexidades?

Quando nos chega um paciente precisando de ressonância magnética ou biópsia, não sabemos para onde encaminhá-lo. Pegamos a regulação sem saber o que fazer porque os municípios de referência não estão conseguindo atender sequer a demanda local. Precisamos reformular a tabela do SUS. Como podemos pagar por um procedimento R\$68,00 se a agulha custa R\$100,00? Como um município pode fornecer um medicamento que não está na relação da Rename? Ele vai esbarrar no Tribunal de Contas. É por isso que ocorre a judicialização. Para onde encaminhar os pacientes? O que fazer? Quem é o responsável? Precisamos cobrar mais. Ficou muito claro que o problema não é a judicialização, e sim a falta de eficácia das políticas públicas. Obrigada.

O presidente – Com a palavra, o Sr. Vítor Augusto Vieira.

O Sr. Vítor Augusto Vieira – Minha pergunta é para o Dr. Renato Dresch. Eu gostaria de saber qual o posicionamento do Tribunal de Justiça diante dos arts. 19-C e 35, inciso VII, da Lei nº 8.080. O primeiro diz que são vedados a todas as esferas de gestão o pagamento, o ressarcimento, o reembolso de medicamentos, produtos e procedimentos clínicos ou cirúrgicos experimentais não autorizados pela Anvisa. O segundo trata das ações regressivas de um ente quando cumpre a obrigação de outro. Muito obrigado.

O presidente – Com a palavra, o Sr. Tiago Americano, advogado. Com a palavra, o Sr. Marco Aurélio.

O Sr. Marco Aurélio Cozzi – Boa tarde a todos. Saúdo a Assembleia por este evento. A sua nota é 10. Em vez da hora de Brasil, essa pode ser a hora de Minas Gerais, pelo alto nível deste debate.

Como integrante deste evento, represento aqui a Frente Parlamentar em Defesa das Práticas Integrativas da Saúde, em nome dos deputados Adelmo Carneiro Leão e das ex-deputadas Liza Prado e Luzia Ferreira. Alguns aspectos importantes não foram citados neste evento. Uma pessoa que é financiada pelo SUS e pela Justiça não consegue entender por que o paciente não aprende com a própria doença, como diz São Tomás de Aquino. Ele não aprende, continua com aquele *modus vivendi* deteriorado, e o SUS não tem condições de ampará-lo. Assim, continua com a vida sucateada, alimentação sucateada, falta de harmonia no ambiente familiar, desarmonia em termos patológicos, excesso de droga, *status morbidus* – a pessoa se sente honrada com a morbidez. A população que recebe recursos do SUS acaba desenvolvendo um processo patológico. É preciso consciência para fazer com que a alma se recupere, como diz François Rabelais. Temos de realmente usar a profundidade da nossa alma para ter uma visão da saúde de forma mais ampla.

Finalmente, a Constituição fala da integridade da saúde. Ontem, o professor de medicina da USP, Fernando Aith, abriu um ligeiro parêntese dizendo que poderíamos ter alternativas na assistência à saúde e no abatimento do custo-saúde, mas não falou realmente que temos, no SUS, as práticas integrativas de saúde, que curam qualquer tipo de doença ou tratam delas amenizando os custos. Então, acho que temos de atentar para isso, pois acho que a coisa já existe, mas ela está sendo omitida e substituída por uma consciência científica, muitas vezes, sem consciência. Com isso, então, temos acupuntura, homeopatia, tudo. Podemos fazer qualquer tipo de outra intervenção só com acupuntura, como tenho experiência. Aliás, a minha experiência vem da época do Tancredo Neves no Incor, quando o atendi lá. Então, foi uma luta muito grande, e que estou tentando colocar aqui como conclusão do evento, que foi maravilhoso, mas pautou por esse tipo de afastamento dessas coisas que já existem no SUS.

Por fim, o valor da vida. O Dpvt dá o valor da vida humana, da invalidez: R\$3.500,00. Então, o custo da vida realmente já existe pelo próprio governo, institucionalizado pelo Dpvt. Muito obrigado. Felicidades a todos.

O presidente – Com a palavra, Thiago Americano.

O Sr. Thiago Americano – Boa tarde, senhores. A minha pergunta é dirigida ao desembargador Renato Luís Dresch. Desembargador, na sua exposição, V. Exa. bem colocou todas as especializações, os cursos necessários para que o senhor obtivesse a *expertise* hoje na área da saúde dentro do Poder Judiciário. Como bem expôs também, sabemos da dificuldade que é para todo o Poder Judiciário, todas as varas cíveis da Fazenda estadual e municipal, obter tal especialização, até porque tem de atender a temas diversos e de difícil manutenção dessa mesma *expertise* para todos. Eu diria que é impossível. Nesse sentido, conforme também foi aqui exposto nas outras palestras, há a importância dos estudos do Nats, Ccates, Ibedess e todas essas questões que estão sendo feitas para auxiliar o Poder Judiciário nesse sentido. Realmente, acho que são de grande valia. Por fim, foi observada também a existência das máfias de próteses, órteses e medicamentos, e a necessidade humana daquele paciente do caso concreto que está sendo analisado no Poder Judiciário. Então, a minha pergunta, e de fato o é, não é uma exposição sobre tudo que foi feito aqui, mas realmente relativa já ao caso judicializado, e não às questões preventivas em relação à judicialização. Nesse sentido, excelência, entendo que o contraditório, todas as provas a serem produzidas caso a caso, para que não haja nenhuma injustiça de lado a lado, são essenciais nesse tipo de processo relativo à saúde. Assim, a minha pergunta vem ao encontro do novo Código de Processo Civil, que já foi aprovado e, se não houver nenhuma alteração, a partir do dia 18/3/2016, entrará em vigência, que é a questão relativa à uniformização vinculante das jurisprudências para os chamados processos de massa, nos quais, por óbvio, se enquadram os casos da saúde. Então, a minha preocupação e a pergunta que faço a V. Exa. é a seguinte: com toda essa preocupação de maior especialização, de estudos em cima dos casos da saúde, tanto pública como suplementar, não corremos o risco de, rapidamente, ou seja, ser um dos primeiros casos a uniformizar a jurisprudência, de forma a colocar todos esses casos assistenciais numa vala comum e perdermos grande parte desse



excepcional trabalho técnico que tem sido realizado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, pelo CNJ e por todos os envolvidos? Parabéns pelo evento. Obrigado a todos.

O presidente – Com a palavra, a Sra. Elizaine Reis, da Prefeitura de Campo Belo.

A Sra. Elizaine Reis – Boa tarde a todos aqui presentes. Inicialmente quero parabenizar a todos pela organização e pela magnitude do evento. Tivemos oportunidade de ouvir e expor, e isso só tem a engrandecer a construção desse momento democrático que estamos vivendo e a colaborar ainda mais para a construção desse cenário da saúde.

A minha pergunta será direcionada aos deputados Doutor Wilson Batista e Antônio Jorge, representantes desta Casa. Nesses dois dias de evento, ouvimos posicionamentos do Judiciário, da Defensoria Pública, do Ministério Público e de associações, que também tiveram vez para falar. O direito à saúde – ontem também falei dessa forma – aqui não se discute. É constitucional, como bem expôs o desembargador; o art. 196 é claro. Então, até que se mude esse artigo, até que se altere ou que ele seja suprimido, a saúde é um direito de todos. Só que levanto a bandeira do município, enquanto servidora municipal. Debates e tivemos anseio de vir aqui foi por uma solução para o município, porque hoje é ele quem paga a conta da judicialização da saúde. Temos processos lá em que chamamos à lide a União, o Estado, e o Judiciário da 1ª instância não aceita, com o consentimento do Ministério Público, que também se opõe a que sejam chamados o Estado e a União nessas demandas, porque elas se prolongariam muito no Judiciário. Se pensarmos que atender o pedido administrativamente é a solução para a não judicialização, vamos ficar no mesmo impasse, porque o município vai pagar a conta da mesma forma. Ou o município paga a conta, atendendo os pedidos administrativamente por meio de câmaras, como expôs aqui a palestrante, ou o município paga a conta por meio das sentenças judiciais. Mas é o município quem paga.

Ouvimos aqui que o Judiciário interfere nessa questão da administração na falta de políticas públicas. Então, pergunto a V. Exas., diante de tudo o que aqui foi exposto e diante do posicionamento de várias entidades – Ministério Público, Judiciário, Defensoria: depois, com a conclusão deste ciclo de debates, qual será a proposta do Legislativo na questão dos municípios que estão pagando a conta? Obrigada a todos pela oportunidade.

O presidente – Com a palavra, Roges Carvalho, último inscrito, do Sindicato dos Psicólogos de Minas Gerais.

O Sr. Roges Carvalho – Boa tarde a todas e a todos. Mais uma vez, fico muito feliz em participar deste evento, confesso que aprendi muito. Deputado Antônio Jorge, foi muito bom. Vocês estão de parabéns, deputado Doutor Wilson Batista, foi muito bom. Mas fica sempre alguma dúvida. Por exemplo, discutimos muito a judicialização, mas ela ficou bastante centrada no que o médico diz como deve, e como o Judiciário diz que deve cumprir. É claro que houve uma série de considerações que encheram, permearam toda a discussão. Por exemplo, acho que o Dresch foi muito feliz – e acho que todos estão de parabéns – ao falar claramente da importância do controle social, ao dizer que os conselhos são importantes nessa discussão. Mas vi o Maurício, de Santa Catarina, não é, Maurício? De repente, no fluxograma não aparece nada do controle social. Trabalhamos aqui muito sobre o SUS, deputado Doutor Wilson Batista, e, de repente, vemos que é como se a participação social ficasse alijada do processo, não tivesse esse grande envolvimento. Com isso, saio um pouco frustrado.

Nós que batalhamos muito no SUS e lutamos muito pelo fortalecimento da atenção primária e da estratégia da saúde da família, que é a maior porta de entrada do SUS, não vemos alguma coisa acontecer para que haja prevenção. Acho que o Dresch disse também que são poucos os casos nessa área. Então, fica, sim, alguma coisa, como se pudéssemos estar o tempo todo trabalhando não para a medicação, mas para a “medicamentização” da vida, da sociedade. Ou seja, o medicamento seria a própria terapêutica final, a salvação para o SUS; e, muitas vezes, estamos relegando a atenção primária, a atenção básica, o lugar de encontro, o lugar de diálogo, que foi muito trocado aqui, ouvindo as pessoas. Seria bom se pudéssemos até puxar a regulação para que ela se aproximasse mais da atenção primária. Com essa proximidade, haveria o cuidado com o outro. Muitas vezes vemos que ela está muito na média complexidade, como se houvesse realmente uma cisão do SUS, e isso não é verdade.

Então, fica aqui a minha proposta de remontarmos mais o conceito da equidade, trabalhar com políticas públicas mais eficazes e, assim, contribuir com a humanização do SUS, a humanização da saúde. Assim nos chamariam a atenção para que fortalecêssemos o antes, estivéssemos tomando mais conta da prevenção, da escuta, do cuidado com o outro, antes de cairmos na judicialização. Realmente a arena do Judiciário não é a melhor, embora ela seja um mal necessário. Estou dizendo mal necessário porque essa discussão deveria ficar estritamente no campo da saúde. Nós, profissionais e usuários da saúde, em diálogo com os gestores e o Ministério Público, que é um grande parceiro do controle social, deveríamos poder definir essas questões. Contudo, acho que este evento valeu. Aprendemos muito e esperamos levar algo para frente e dar uma resposta positiva a essa disputa cruel, quando a pessoa precisa da judicialização para, muitas vezes, ser assistida. Acho que esse não é o melhor caminho. Podemos fazer melhor. Obrigado.

O presidente – Temos dois novos inscritos: Liliane Arouca, da sociedade civil, e Jacinto Alves.

A Sra. Liliane Arouca – Boa tarde a todos da Casa, da Mesa, nobre deputado e V. Exas. do Judiciário. Estando aqui como sociedade civil, quero fazer tanto uma pergunta quanto uma provocação: será que se deve judicializar todas essas questões de saúde que foram comentadas? Acredito que já existe lei para isso, mas por que não levarmos isso às classes de ensino médio de todo o País? Muitos alunos sabem sobre o ECA, mas às vezes, nas suas casas não se conhece o Estatuto do Idoso. Sabemos que a televisão tem denegrido completamente os valores de uma família, que são os principais e têm tentado manter nossa sociedade. Por que não levar ou provocar esses assuntos nas classes de ensino médio? Quem sabe talvez por lá possamos diminuir isso ou trazer mais a conscientização a esses jovens do País, cuja meninada está tão deturpada. Assim diminuiríamos isso para o futuro. Será que o informar e o educar do brasileiro poderá causar mais outras CPIs investigativas? Muito obrigada e boa tarde.

O presidente – Com a palavra, o Sr. Jacinto Alves.

O Sr. Jacinto Alves – Boa tarde, meu nome é Jacinto. Cumprimento todos os presentes e a bancada de deputados.

Gostaria de falar sobre alguns pensamentos que a gente tem. Muitas vezes, não somos estudados o suficiente para falar, mas temos as experiências do dia a dia e a da vida, convivendo com o pessoal que tem problema. Eu vejo o problema das pessoas que têm hipertensão. O governo dá remédio sempre, mas sempre os mais baratos, nunca os remédios positivos, e as pessoas sofrem para comprar os mais caros. Os exames para um hipertenso ficam muito caros, e eles também não recebem ajuda nisso aí. Eles vão fazer



um exame e descobrem que fica em torno de R\$1.000,00, R\$1.200,00 apenas um exame. Estamos preocupados com o pessoal que a gente convive que tem esse tipo de problema.

Outro problema, outra espécie de coisa que a gente vê: a nossa cidade é fraca e, em Itamarandiba, infelizmente não temos aparelhagem para fazer exame. Infelizmente não temos a capacidade de ter essas aparelhagens. Há bons médicos, mas não temos os aparelhos. Então, é preciso que os doentes saiam para outra cidade, para fazerem os exames, pagando. Muitas vezes o SUS demora a atender. Então, as pessoas fracas têm de pagar para sair da cidade para fazer aquele exame, com muita dificuldade. A questão da saúde, infelizmente, é difícil, porque não temos a aparelhagem correta. Pessoas que quebram membros, quebram braço, quebram perna, e ainda têm de andar numa ambulância, sofrendo, para ir para outra cidade, para fazerem o tratamento. Isso é um sofrimento para toda a nossa cidade. Eu, como vereador, toda vez vejo isso e sinto na pele o sofrimento de uma pessoa que está com um braço quebrado, com uma bacia quebrada, com os membros quebrados e ainda sofre na ambulância para ir buscar recurso. Muitas vezes, demora três dias, quatro dias, com o membro quebrado, para surgir uma vaga. É difícil demais.

Então, a gente dá esse parabéns para todos que estão presentes aqui. Esta é uma aprendizagem muito grande, com pessoas experientes, que estão trabalhando em prol da saúde. Às vezes, temos as ferramentas, mas não temos o dinheiro e nem como trabalhar com elas. Isso é uma tristeza para o Brasil, para a gente que é fraco, pacato, que mora no interior, e que anda vendo as dificuldades. Agradeço muito a todos vocês que estão empenhados para resolver essa situação, porque a saúde, para nós, está em primeiríssimo lugar, junto à segurança pública. O que mais está faltando no Brasil para nós são estas duas coisas: segurança pública e saúde. Muito obrigado, desculpe a interpretação, porque sou do interior, não sou bem estudado, vão me desculpar.

O deputado Antônio Jorge – Pela ordem, Sr. Presidente. Gostaria somente de saber a cidade do Jacinto.

O Sr. Jacinto Alves – Eu moro em Itamarandiba, no Vale do Jequitinhonha.

O deputado Antônio Jorge – Maravilhoso. Obrigado.

O Sr. Jacinto Alves – Por nada. Muito obrigado.

O presidente – Vamos passar a uma pergunta que está sendo dirigida à Mesa, que pode ser respondida imediatamente.

O Sr. Gleidison Ferreira de Oliveira, do Município do São João do Manteninha: “Sendo o SUS um sistema único e nacional, por que existe tanta dificuldade em encaminhar o paciente, quando é necessário realizar tratamento em outra localidade, bem como a obtenção de medicamentos de uso contínuo? Quais exames são realizados gratuitamente pelo SUS e quais não são gratuitos e quais os parcialmente gratuitos?”

Vou iniciar algumas respostas, depois passo para cada um de vocês responderem. Achei interessante a intervenção da Ana Raquel, que falou do atendimento no hospital de Barretos. Barretos fez parte da minha formação também, fiz residência médica lá, e conheço todo o tratamento. Mas, em Minas Gerais, há centros de referência não só para Minas como também para outros estados.

Nós temos o Hospital do Câncer de Muriaé, da Fundação Cristiano Varela, onde trabalho há 15 anos. Também fazemos um trabalho extensivo ao que o SUS garante. Atendemos o paciente na sua necessidade de tratamento, mas também na reabilitação, com uma casa de apoio, onde os familiares que moram distante são acolhidos; onde pacientes que estão em tratamento diário e não têm indicação de internação também ficam, recebendo todo o tratamento, medicação, refeições diárias, entretenimento – tudo isso de forma gratuita, porque o SUS não dá essa cobertura, esses outros cuidados exclusivos fora do tratamento. É um hospital que está servindo mais de trezentos municípios em Minas Gerais, assim como a municípios do Espírito Santo e do Rio de Janeiro.

É claro que as coisas melhoram dentro do SUS em níveis de excelência. De uma forma geral, acabamos discutindo neste fórum não só os aspectos da judicialização, mas também as mazelas do SUS, as suas dificuldades. Hoje, discutir o SUS é montar o cenário de um muro de lamentações, porque todos têm uma história de dificuldades dentro do SUS.

Aproveitando a última pergunta – sobre quais exames são realizados gratuitamente, quais não são gratuitos e quais são parcialmente gratuitos –, não há nada que o SUS praticamente não atenda. Quase tudo é garantido pelo SUS. As exceções são alguns medicamentos que ainda não foram incorporados, alguns procedimentos inovadores. O que ocorre, a negativa do SUS hoje não é porque a tabela do SUS não contemple. O que é parcialmente gratuito é quando o paciente vai a um hospital e o médico diz que o SUS não paga. O SUS paga, sim, mas paga muito abaixo do custo. Hoje, tomografia, ressonância, internações, redução de mama, todos os procedimentos constam da tabela do SUS. Mas ninguém consegue fazer redução de mama pelo SUS. As pessoas convivem com mamas gigantescas, com um desconforto ortopédico tremendo, causando danos graves. A cirurgia plástica é contemplada pelo SUS, mas não há nenhum profissional disponível para realizar esse procedimento. Esse parcialmente gratuito é porque o paciente é atendido, é feito um diagnóstico, solicitado um exame, mas muitos exames não contam com profissionais que os façam pela tabela do SUS. O profissional fala que só faz esse exame na sua clínica particular. Isso acontece todos os dias. Esse é o parcialmente contemplado pelo SUS. De uma forma geral, o SUS garante a grande maioria dos atendimentos, mas paga muito abaixo do custo, o que causa as grandes filas e angústia dos pacientes.

Gostaria de passar a palavra aos demais da Mesa para que respondam as questões formuladas. Com a palavra, o deputado Antônio Jorge.

O deputado Antônio Jorge – Muito obrigado, deputado Doutor Wilson Batista. Farei comentários gerais. Tenho uma imensa satisfação e um sentimento de dever cumprido por esses dois dias muito produtivos de trabalho. Pode parecer um paradoxo, a nossa amiga de Campo Belo externou com muita sinceridade a sua angústia, mas tenha certeza de que não é uma angústia imobilizante, muito menos foram dias sem desdobramentos.

Para completar a questão colocada pelo Doutor Wilson Batista antes da minha reflexão final, devemos ter muito cuidado com essa questão colocada pelo participante do fórum em relação aos exames. O Doutor Wilson Batista foi muito preciso. Na realidade, o SUS cobre tudo, de mentirinha. Esse é o problema. Temos de encarar. Tenho dito muito isso. Vou me permitir uma reflexão com vocês de um assunto que todos conhecem.

Um congressista iluminado – não sei quem foi, mas tenho feito essa reflexão em público e preciso me inteirar disso – propôs um projeto de lei de ficha limpa, pelo qual ninguém que tinha problemas com a Justiça poderia almejar cargos públicos ou eletivos. Era



mais ou menos isso. O projeto foi derrotado pelo Congresso. Mas temos o Ficha Limpa. Por quê? Por que hoje temos uma lei de ficha limpa? Porque a sociedade se mobilizou, colheu 1.500.000 de assinaturas e enviou ao Congresso um projeto de propositura popular com uma fortaleza moral muito grande – aliás, acho que essa é uma questão nuclear, já que a vida pública exige muitas coisas, mas, em primeiro lugar, moralidade –, e o Congresso não pôde se constringer votando contra essa iniciativa popular. Aliás, reputo a Lei de Ficha Limpa e a Lei de Responsabilidade Fiscal como dois imensos avanços na nossa vida republicana e democrática.

Mas tivemos essa traição da presidente Dilma em relação à regulamentação da emenda à Constituição. Muitos aqui militam na saúde pública há tempos, como eu, que agora em julho completei 30 anos de formado, tendo, dede o início, optado pela saúde pública. Sou psiquiatra de formação, mas sempre exerci a visão sanitária na minha atividade clínica ou na gestão. Nesse período, pudemos assistir à expectativa inicial do SUS e os enormes avanços que teve. Acho que ninguém contesta a fortaleza ética e moral desse modelo, de que todos temos certeza – e temos avançado muito nas discussões do modelo de atenção, uma discussão fundamental. Mas chegamos em um limite: não existe possibilidade de consagrarmos os preceitos constitucionais sem avançarmos na questão do financiamento. Para isso apresentamos uma emenda à Constituição, cuja regulamentação tramitou por 12 anos, a qual tratava da questão dos limites constitucionais por esfera de governo. À última hora, aos 47 minutos do segundo tempo, o atual governo orientou a sua base política – quando a tinha, o que já não tem mais – a votar contra a regulamentação dos 10% e a aprovar uma regra esdrúxula, já modificada por nova emenda à Constituição, mas que subtraiu da expectativa de orçamento da saúde algo em torno de R\$50.000.000.000,00. Sempre digo aos parceiros de Minas que podemos ver o impacto disso apenas fazendo uma regra de três. A Minas cabem sempre mais ou menos 10% de tudo: de cotas, de orçamento federal, etc. Imaginem os colegas de Campo Belo, R\$5.000.000.000,00 a mais para Minas Gerais: isso dobraria o nosso Teto MAC. Talvez não resolvêssemos tudo, mas em quantas coisas avançaríamos com mais recursos!

Pois bem, fomos traídos; a Nação perdeu. Acho que a presidente manchou sua reputação com a frustração dessa expectativa do movimento social. Mas a sociedade reagiu. Reagiram a CNBB, a OAB, as casas legislativas, como esta Casa, que colheu 700 mil assinaturas. E também enviamos ao Congresso Nacional um projeto de lei de iniciativa popular, mas nesse caso com mais de 3 milhões de assinaturas! E o que aconteceu? Absolutamente nada. Parece que ninguém se envergonha com a questão do financiamento da saúde. Parece que o financiamento da saúde é uma questão superada no Brasil. Por isso que tenho insistido muito nisso, a despeito das maravilhosas contribuições que tivemos nesses dois dias, com muita coisa a nosso alcance, como o exemplo de Brasília, a centralização de juntas em Minas Gerais – questão em que também insistimos – e várias outras coisas que podem melhorar o perfil da saúde. Sempre cito a questão da via administrativa ao Estado: ao município não pode caber mais nada. Os prefeitos já gastam de 25% a 30% do seu orçamento, e não cabe mais nada ao município. O Estado tinha de ser automaticamente solidário; ele tem de pensar em uma iniciativa dessa ordem porque realmente o ente mais onerado é o município.

Mas, meus amigos e minhas amigas, vou falar como um sanitarista convicto que se dedica há 30 anos à saúde pública.

Fui gestor estadual, municipal e regional por meio de um consórcio de saúde. Sou médico efetivo da Secretaria de Estado de Saúde e há quase trinta anos presto serviço ao Estado. Além disso, sou médico efetivo da minha Prefeitura de Juiz de Fora. Digo com muito conhecimento, muita carga emotiva e sinceridade: nós estamos reféns de um momento histórico ou criamos uma ruptura no nosso discurso. Estamos cansados de ouvir a nossa própria voz e as nossas próprias queixas. Essa é a verdade. Tudo o que foi dito aqui é válido. Os desafios de gestão existem, e temos de avançar muito nela. No entanto, deputado Wilson, até ela, neste momento, é afetada pela precariedade financeira. Faltam também recursos para treinar, capacitar, informatizar e melhorá-la. A falta de recurso afeta a qualidade da gestão.

Não quero transformar esta minha reflexão num libélulo ideológico e panfletário, mas convocar a reflexão de nossos amigos e amigas aqui. Estamos numa encruzilhada. Ou politizamos o debate novamente da saúde na questão do financiamento ou continuaremos enxugando gelo a despeito dos enormes avanços inquestionáveis, mas que foram civilizatórios decorrentes da melhoria socioeconômica do País, e não só do SUS. Sou um sanitarista que está um pouco cansado desse discurso ufanista do SUS. É preciso reconhecer que estamos estagnados e que, depois de 10 anos sem reajuste na tabela, não há prestador que queira fazer o procedimento pelo SUS porque não há remuneração. Dizer que o SUS oferece tudo é mentira. O sistema é baseado numa tabela, numa tabela de remuneração ao prestador. Temos a saúde complementar como previsão constitucional. Em Minas Gerais, só para se ter ideia, mais de 60% das internações acontecem no componente complementar, no privado e, principalmente, no filantrópico. Não pagamos essa turma. Como queremos que o sistema funcione?

Portanto, é preciso encarar a discussão definitivamente do financiamento. Toda a sociedade tem de fazer essa reflexão. Cabe às lideranças políticas e aos governantes obviamente o processo de maior responsabilidade e liderança nessa discussão. Só para se ver a nossa anestesia geral, a presidente cortou, no malfadado ajuste – usando um eufemismo para falar do ajuste da economia –, R\$11.000.000.000,00, quase R\$12.000.000.000,00, depois mais R\$2.000.000.000,00 ou R\$3.000.000.000,00; e ontem anunciou mais um corte de R\$4.000.000.000,00 na saúde. O que adianta discutir o resto? A sociedade brasileira está cada vez mais participativa, indo às ruas para brigar por vale-transporte, passagem gratuita de ônibus e um monte de coisas. No entanto, não nos mobilizamos em relação à questão financeira.

Agradecemos muito a todos a participação. Foi uma satisfação aprender tanto nesses dois dias de debate. Participo da angústia dos gestores. É preciso avançar mais. E avançar significa haver mais recursos. Existem espaços e avanços na agenda da judicialização, distorções a serem coibidas, avanços civilizatórios na parte da judicialização, porque incorpora o direito a segmentos, doenças raras e outras situações que precisam ser acolhidas nas suas vicissitudes e singularidades, mas, acima de tudo, estamos judicializando o feijão com arroz – a falta da tomografia, a biópsia que não acontece. Quer dizer, estamos judicializando aquilo que já tem previsão na tabela e no modelo de atenção. Isso só se resolverá se tivermos coragem e estratégias corretas. Estamos errando na comunicação com a sociedade. Não é possível que o SUS não arrumar aliados na sociedade para defender o legado que já existe pós-1988. De fato, falta algo para nós, movimentos sociais da saúde, que contamine a sociedade na parceira em relação ao grito necessário por mais recurso para a saúde.



Quero parabenizar todos e dizer que não existe procedimento parcialmente pago no SUS, pois é gratuito. Se há algum profissional dizendo que faz com uma diferença e principalmente se ele está atendendo pelo SUS, está cometendo um crime e precisa ser denunciado. Quando falo sobre discutir integralidade depois desses 30 anos, muita gente me interpreta mal dizendo: “Antônio Jorge quer rasgar direito”. Não se trata disso.

Gostaria muito de ter uma discussão verdadeira sobre a saúde, porque continuar no faz de conta significa que, cada vez mais, teremos um sistema único dos pobres, excluídos, sem vocalização da classe média. Precisamos que toda a sociedade use o SUS. Aí, sim, ela vai ter defesa. Parabéns a todos os participantes.

O presidente – Com a palavra, o desembargador Martin Schulze.

O Sr. Martin Schulze – Quería agradecer ao deputado Doutor Wilson Batista, assim como ao deputado Antônio Jorge pela iniciativa de desenvolver esse ciclo de debates sobre a judicialização da saúde. Um agradecimento especial ao desembargador Renato Dresch. Certamente partiu dele a ideia de me convidar para este evento. Sinto-me muito honrado de participar de, então, seleta nominata de painelistas.

De tudo que foi questionado e dito hoje aqui, devo dizer aos senhores que, como foi referido, a nossa cultura lida muito mal com a morte. O pressuposto de um desembargador quando pega uma ação de saúde é: “Não quero que morra na minha mão. Vou dar a liminar, não questiono nada”. Então, esse é o pressuposto básico. O que isso entra em contato com a realidade? Quem tem algum recurso, se desconfia do médico, pode fazer uma nova consulta com um outro para fazer o que chamamos de contraprova, ou seja, ter a segunda opinião no mundo médico. Se não estou satisfeito com o que o médico me disse, posso ir em outro. Mas, em geral, um cidadão que procura o SUS mal consegue a primeira consulta e não vai conseguir nunca a segunda. Então, dentro do Judiciário – e aqui, Minas Gerais está de parabéns –, a questão da câmara técnica é muito boa porque dá oportunidade dessa segunda opinião. No Rio Grande do Sul a Justiça Federal usa muito a prova pericial antes de dar a liminar. É uma outra visão.

Também falando da questão do financiamento, que foi bem referido aqui, preocupa-me muito, na questão da medicina suplementar, a Agência Nacional de Saúde. Ela fiscaliza os planos de saúde, mas não fiscaliza, até onde eu sei, os prestadores. Então, congela o preço numa ponta e não congela na outra. Assim, isso está inviabilizando os planos de saúde. Parece que a política pública de saúde é uma contrapolítica de saúde. Como não sabemos lidar com a morte, fazemos com que o povo morra por si. É uma reflexão meio dura de se ver, mas me parece que é esse lado. E o Judiciário tenta de alguma forma suprir isso.

Fico muito grato pelo povo brasileiro ser muito cordato, porque o que chega aos tribunais é o mínimo daquilo que não é prestado à cidade em termos de tratamento de saúde. Se todos tivessem o seu tratamento de saúde negado ou não dado a tempo possível, os tribunais estariam naufragados em processos judiciais. Mas o povo está acordando. Vemos manifestações públicas já de alguns anos atrás para agora, vemos que o povo está acordando. Então, nós que exercemos o poder político de alguma forma – o Poder Executivo, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário – temos de estar atentos a isso, pois o País vai sucumbir se não estivermos estruturados para prestar um serviço público a contento. Porque nós, do Judiciário, estamos cientes – não é, desembargador Dresch? – de que uma decisão judicial, se não for eficaz, é igual a nada, é só frustração para a sociedade.

Parece-me que a sociedade tem no Judiciário ainda o último baluarte. Se não conseguirmos fazer a nossa parte, que é dar efetividade à decisão judicial, então não vai sobrar nada para o nosso povo. Então, com essa ótica, o nosso esforço é tentar pelo menos que a gestão seja eficaz. Só dar mais dinheiro para a saúde não resolve se ela não for melhor administrada e atender às necessidades do cidadão.

Agradeço, mais uma vez, a gentileza do convite. Sinto-me muito honrado em ter sido recepcionado aqui, nas Minas Gerais, que até então não conhecia. Muito obrigado.

O presidente – Com a palavra, o desembargador Renato Dresch, para suas considerações finais e para responder às perguntas que lhe foram encaminhadas.

O Sr. Renato Luís Dresch – Responderei à primeira pergunta, que falaram que não precisaria ser respondida, só para refletir. Da Juliana Oliveira, que está dizendo o seguinte: “Falar sobre tempo de vida estando na posição vertical é fácil. Mantermos os mesmos pensamentos na posição horizontal seria possível?”. Juliana, é possível. Há cinco anos, fiquei na posição horizontal por aproximadamente 30 dias. Fiquei tão tranquilo; por 60 dias. Pensei: se a morte chegasse agora, eu iria com a maior tranquilidade. Tive 11 fraturas nas costelas, e mais outra fratura. Pneumotórax bilateral, embolia subcutânea, o que podia haver de ruim. Fiquei muito tranquilo; por 60 dias. Se falassem que eu morreria, eu estava pronto para morrer. Não sei por que, nunca fui suicida, não tenho a menor ideia disso, mas tenho o mesmo pensamento da experiência que tive. Fiquei por 60 dias na posição de 45 graus. Dormia assim, e acharia bom morrer naquela época. Mas tudo bem. Então não haveria problema algum. Farei meu testamento vital, que já era para ter feito, porque não quero nunca ficar pendurado no CTI.

O Vítor Augusto Vieira cita o art. 19T, que fala dos procedimentos não autorizados e experimentais. Sou absolutamente contra os experimentais. É obrigação do laboratório pagar se for experimental. Não podemos gastar dinheiro público com medicamentos experimentais. Quanto aos não registrados na Anvisa, o Supremo entende que, excepcionalmente, é possível – também entendo que excepcionalmente. Isso não é coisa para se dar imediatamente em liminar. Tem que haver evidência, deve ter registro no país de origem, para dizer que havia eficácia, efetividade, eficiência e segurança. Então, sim, poderia. Até porque *off label* é uma situação que está registrada na Anvisa.

Quanto à questão do ressarcimento, art. 35, VII, ele existe. Pode usar. “Mas coitados dos municípios, eles nunca conseguirão esse ressarcimento.” Houve uma demanda que conheço de Minas Gerais, do Município de Varginha, que tentou ressarcimento com o Estado ou a União - não sei. Esses ganharam a demanda, e não sei se receberam o dinheiro. É uma luta inglória pela demora. Mas tem previsão sim.

O Tiago falou aqui sobre *expertise*, sobre cursos. O Dr. João Paulo está aqui ainda; e estavam aqui também as Dras. Giovana e Marina, promotoras de justiça. Fizemos o curso de direito sanitário. São 8 a 10 promotores e 8 magistrados. Se queremos nos



especializar numa área, conseguimos nos especializar sim. Tem que haver vontade de fazer. Todos devem ser comprometidos com a coisa pública, e ter comprometimento é um *plus* a mais. Se queremos, podemos.

Ele fala da uniformização, novo CPC. Luto realmente para que criemos varas de competência especializada em saúde. Esse procedimento está em andamento no Tribunal de Justiça. Já fiz três pareceres a favor, e estou empenhado que tenhamos varas especializadas em Minas Gerais. Podemos ter um paradigma negativo? Sim. Mas é muito melhor termos segurança jurídica. É importante que tenhamos. Então que o Judiciário decida de algum modo. Hoje há decisões em todas as linhas, e não há especialização. É uma pena. Mesmo que tenhamos uma uniformização contrária, ela dá segurança jurídica. Mas, afinal de contas, tudo acabará sendo definido pelo Supremo Tribunal Federal.

A Patrícia Mendes fala: “os senhores têm ciência de que o Sies exige, dos pacientes, receita atualizada a cada três meses?”. Acho que deve exigir mesmo. É para realmente evitar o fornecimento de medicamentos quando não é necessário, sem renovação trimestral. É importante, tenho conhecimento sim.

Nas decisões judiciais, eu recomendo, decidimos isso num enunciado do CNJ, na 2ª Jornada da Saúde, que haja renovação periódica. Não colocamos prazos para a renovação da receita porque depende de cada enfermidade para que haja renovação. Discutimos isso em São Paulo. Então não fixamos prazos, falamos que deveria ser renovada. E tem de ver a enfermidade para saber qual período, para que haja renovação das receitas.

Pergunta de Mateus Aranha: “Há judicialização em países mais desenvolvidos? Como ela é tratada nesses países?”. A judicialização é maior no Brasil por causa do inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que fala em integralidade. Há em outros países, mas ela é menor, bem menor, porque eles não têm essa garantia como um direito social na Constituição Federal. Na Colômbia, sei que há bastante. A saúde na Colômbia não está ruim, há bastante judicialização também, mas não é como o Brasil. Na Inglaterra e Canadá ela é muito pouca, praticamente não existe porque eles definem, lá você tem acesso à política pública, diferentemente do Brasil. Esses países não entendem por que temos tanta judicialização no Brasil.

Dia 30 vou ao México participar do evento do Banco Mundial. Vou fazer uma apresentação pelo Brasil, falando exatamente da judicialização, tentar explicar como é a judicialização no Brasil, como ela funciona e por que funciona.

Cristiane Duarte, procuradora do Município de São José, solicitando informação sobre Nats e câmara de mediação. Sobre o Nats, os planos de saúde tinham uma parceria com o Estado, com o Ibedess, e isso tem um custo. Esse acesso é apenas para o Poder Judiciário, mas se quiser ter acesso às notas técnicas já apresentadas, nós as incluímos numa página do Tribunal de Justiça, na biblioteca digital. Entre na página do Tribunal de Justiça, biblioteca, biblioteca digital, judicialização da saúde, e lá estão as notas técnicas já fornecidas. Elas servem de algum paradigma, de algum apoio.

As câmaras de mediação e conciliação ainda as estamos construindo. Estamos formatando-as com a 3ª-vice-presidência do Tribunal de Justiça.

“Gostaria que o senhor falasse mais sobre a disponibilização de fraudas, dietas, leites pela Secretaria de Saúde, uma vez que recebemos diariamente decisões judiciais determinando o fornecimento desses produtos. Gentileza falar mais sobre o nutracêutico”. Frauda não é produto de saúde, seria uma questão assistencial. Há política em Belo Horizonte? Há. Há política de fornecimento de fraudas, mas ela tem de entrar como natureza assistencial e não social. Essa é uma posição minha, entendo que não deveria.

Ela pede para falar também dos nutracêuticos. Nutracêutico é definido como sendo suplemento alimentar, que é fornecido, mas depende de acompanhamento médico. É alimento, não medicamento, mas ele depende de acompanhamento médico. Isso é definido como nutracêutico. Então entendo que esses entram como produto de saúde, porque depende de acompanhamento médico; os demais, não.

Gilson Gomes Rodrigues, da Santa Casa de Boa Esperança: “Sobre a implantação das câmaras de conciliação e sua obrigatoriedade, como fica o art. 5º, inafastabilidade da jurisdição?”. A câmara de conciliação não afasta jurisdição. Não estamos propondo câmara de conciliação pré-processual, seria pré-decisão liminar. Vamos criar a câmara para que o juiz, antes de decidir a liminar, tente a conciliação. Aliás, o juiz deve tentar a conciliação sempre que possível. O novo Código de Processo Civil, que é o cooperativo, mais ainda. Então o juiz, antes de decidir a liminar, tem de ver se há acordo, manda para a câmara de conciliação. Ela pode fornecer administrativamente aquele medicamento. Não estamos afastando a jurisdição. Se não houver acordo, o processo continua.

Aline Camargo, de Betim: “Não seria necessário um julgamento mais criterioso do Poder Judiciário para atender as prescrições médicas, já que a OMS considera que 50% dessas recomendações, prescrições são duvidosas?”. Sim. Trabalhamos muito com a nota técnica exatamente pensando nisso. Mas primeiro a nota técnica vai avaliar, ou mesmo a câmara de conciliação, se há evidência científica daquilo.

Se não tiver a nota técnica, a câmara de conciliação pode apresentar elementos: “olha, juiz, há outro medicamento com a mesma eficácia terapêutica; há outro medicamento que pode ser utilizado e faz parte do SUS”. Então, nesse caso sim.

O que o CNJ recomenda é que haja prévia oitiva da parte contrária. Acho isso razoável e ponderado. Não é em 30 ou 60 dias, o juiz pode citar o estado, o município, a União e falar: “para essa informação, são 24 horas, 48 horas, vou decidir a liminar”. Você fala e depois contesta. Então poderia, isso sim seria razoável e ponderado para que o estado e o município pudessem. Eu sempre recomendo que haja uma oitiva prévia, sim, dos agentes. Aliás, a liminar inaudita altera a parte. Sem ouvir a parte contrária, deve ser uma exceção à regra, só quando não tiver jeito mesmo. É agora, se tiver 24 horas, 48 horas, vamos dar esse espaço de tempo para que a outra parte possa se manifestar.

Edson Araújo Rios, da Prefeitura de Itapeverica: “Como o município pode cumprir uma decisão de fornecimento de medicamento no prazo de 48 horas se o prazo da empresa fornecedora ao município para entrega é de 72 horas. Não seria o caso de o tribunal uniformizar esses prazos?”. Não, o tribunal não pode uniformizar. Façam o seguinte: se há mesmo a obrigação de fazer, a lei fixa prazo de 10 dias no Código de Processo Civil, mas depende de situação de urgência.

O prazo de 48 horas é curto? Sim. Vou dar um exemplo a vocês. Há poucos dias, o juiz deferiu um procedimento complexo em sua cidade, deputado, um procedimento renal com a sonda flexível, procedimento complexo. O juiz deu 48 horas, e o município recorreu.



No procedimento, ele não indicou falando que não era sua obrigação, e não falou que tinha outro com a mesma eficácia. Ele não falou nada, não falou que o prazo de 48 horas era pouco. Chegou a minha mão, então falei: o procedimento é necessário? É, tudo indica que é necessário, já em grau de apelação. Então é necessário. Você falou que não era seu, mas não falou que não tinha outro com a mesma eficácia e que não era necessário. Você não falou nada disso. E também não falou que 48 horas era muito pouco. Falei: até acho que é pouco, mas você não falou nada. No recurso, cabe a mim decidir naquilo que foi pedido.

Então os advogados públicos têm de saber pedir. O advogado público nunca deve fazer uma defesa sem apresentar uma nota técnica ao juiz. Mostre ao juiz que há uma nota técnica que não tem eficácia, eficiência, efetividade, segurança. “Há outro procedimento. O SUS fornece esse”. Nós não recebemos isso. Se ele me falasse que 48 horas era pouco, eu daria mais, pois meu motorista demorou 60 dias para esse mesmo procedimento no plano de saúde. O meu motorista fez isso no plano de saúde. Eu daria 48 horas? Tudo bem, é muito curto sim.

Gustavo Almeida: “A assistência integral à saúde, expressa na Lei nº 8.080/1990, vale para a saúde suplementar? Qual é o limite da saúde suplementar?”. O limite da saúde suplementar é o contrato. Lá é um contrato de seguro, vai cobrir o que estiver no meu contrato. Não posso igualá-lo ao SUS. Aí interpreto o contrato de acordo com o Código do Consumidor.

Michel de Oliveira Lima, do Centro Universitário de Sete Lagoas: “Gostaria de saber se o Poder Judiciário é verdadeiramente legitimado a controlar e intervir quando há omissão do poder público na efetivação das políticas públicas?”. É de chorar se o Poder Judiciário não puder. Se a política pública não funciona, alguém tem de falar para dar garantia constitucional. O Poder Judiciário tem a obrigação, de acordo com o art. 5º, 35, sempre que tiver defeito.

Há uma outra pergunta, mas que não tem nome: “Aquelas contas apresentadas pelo Dr. Sebastião Helvécio pela manhã podem não estar corretas, porque a SES até agora ainda está pagando conta de 2014? Então não sei se os dados estão completos”. Bom, já questionei isso com o conselheiro. O conselheiro é uma das muitas pessoas sérias. Ele é uma das pessoas sérias, com comprometimento com a coisa pública. Esse dado, contabilmente, está correto. Pode ter alguma coisa, mas ele falou que fez levantamentos deste ano, dos últimos seis meses, e que houve redução sim, está tendo redução. Então está se demonstrando que pode haver, sim, algumas contas a pagar nesse valor.

Sempre suspeitei disso, mas está havendo uma redução nos gastos com a judicialização da saúde. Essa é uma informação do Tribunal de Contas. Eu a considero muito séria, tem valor. Houve redução, mas talvez não tanto.

Agradeço os deputados Doutor Wilson Batista e Antônio Jorge, organizadores desse evento, que foi muito importante, sobretudo esse final, esse debate, essa discussão. Era imprescindível para que o evento tivesse sucesso dar oportunidade para que as pessoas se manifestassem. De nada adianta a pessoa chegar aqui, com sua autoridade, falar o que pensa, e ir embora sem responder. Esse modelo é importante. Os senhores estão de parabéns. O evento foi muito produtivo. Temos muito a aprender em todos os eventos dos quais participamos. Muito obrigado.

O presidente – Obrigado, Sr. Renato, que participou conosco da construção dos painéis e das reuniões preparatórias para que esse evento ocorresse. Ele é sempre disponível, sempre estudioso, sempre dedicado, a fim de tomar as melhores decisões nessa complexidade da judicialização.

Passo a palavra, por último, ao Sr. Maurício Machado, para suas considerações finais e resposta à pergunta.

O Sr. Maurício Batalha Machado – Primeiramente, se o Dr. Renato me permitir, informo que, no núcleo de medicamentos, quando tínhamos ações com liminares com tempo de 24, 48 e 72 horas, tomávamos a liberdade de enviar um ofício ao juiz informando que aquele medicamento não estava disponível e que levaria “x” dias ou “x” horas para ser entregue ao paciente, até porque ele teria de chegar à capital, para só então ser enviado ao município. No período de dois anos e meio, em que estive à frente do núcleo, nunca tive problemas por descumprimento. Quando a parte reclamava que a decisão não havia sido cumprida, o juiz analisava o processo e via que já havia uma contracautela do município. Informávamos também quando o medicamento estaria disponível: “Olha, eu tenho estoque e tal dia o medicamento estará disponível para o paciente na regional”. Desculpe atravessar sua resposta, mas essa é uma questão prática que exercíamos e nunca deu problema.

Disseram aqui que decisão se cumpre; e não se discute. Decisão se discute, sim. Não se discute no momento de uma liminar. Não adianta o técnico dizer que isso não pode. O juiz deu a decisão, o Tribunal a confirmou, então é feita a entrega. A decisão é cumprida. Depois a decisão pode ser discutida. Daí a importância dos núcleos, das câmaras técnicas, dos pareceres técnicos, para que o defensor tenha um bom argumento para a defesa.

A representante do município saiu, mas você também perguntou o porquê de tanta liminar. Antes dos núcleos, antes dessa discussão que tem ocorrido no Brasil, a prescrição era uma verdade absoluta. Quem seria um advogado, ou um juiz, ou um desembargador para questionar o que o médico estava prescrevendo? Já vimos a redução de valores apresentados, como a de Minas Gerais. Já vimos uma redução de liminares. Naquele momento, a prescrição médica era uma verdade absoluta.

Em relação ao que foi colocado de que a carga vai ficar com o município, que vai ter de dar tudo. Não, o que é obrigação do Estado e da União, o núcleo não compõe; compomos o que o município tem de competência. Se o medicamento está dentro de uma esfera que se atribui à farmácia básica, que é responsabilidade do município, mesmo que não esteja padronizado como farmácia básica, mas se é um componente que iria ser padronizado, o município está dando. O município tem de arcar com sua responsabilidade, e não transferi-la para o Estado e para a União.

Em relação à participação dos conselhos nos núcleos, como foi colocado, discordo, mas defendo seu direito de pleitear. Não vejo, nesse momento da discussão, uma inserção do conselho. Acho que o papel dele é importante e preponderante, mas antes, que é exigir do prefeito, do secretário municipal de saúde, a implantação do medicamento, a padronização daquele medicamento. Mas na discussão judicial não vejo onde caberia a articulação e participação do conselho, num primeiro momento. Porém, se demonstrado, curvo-me a seu posicionamento.



Não sei se é Júlio ou Júnior, da Fundação Hospitalar de Montes Claros, colocou: “A competência para julgar eventual ação de ressarcimento dos municípios, em razão do fornecimento de medicamentos da competência da União, não seria das varas federais, e não do STF, como dito?”.

Eu tinha o entendimento e o estudo da Procuradoria-Geral do Estado de Santa Catarina dos anos de 2007, 2008 e 2009, à frente do NAI, de que seria uma ação originária no STF. Não aprofundi mais porque o estudo era da procuradoria. Eu o acatei, inclusive, peço-lhes desculpas porque vocês me viram mexendo no celular. Eu fui procurar no nosso amigo Dr. Google. Descobri que existe uma decisão de Uberaba, inclusive, em apelação cível do TRF, que, provavelmente, a pessoa a tenha ajuizado na vara federal de Uberaba, perdeu, e o município recorreu e perdeu também.

Não cabe ação de ressarcimento meramente contra a União. Independente de ser vara local, verifica-se que o ressarcimento não cabe. Posso até passar o nome aqui: TRF-1 - Apelação Cível nº 95822012401380-3. Ela foi julgada improcedente, em virtude de não caber ação de ressarcimento entre os entes. Provavelmente, o entendimento da Procuradoria do Estado, na época, foi de que era uma ação originária, diretamente, no STF, certo?

Mais uma vez, agradeço o convite aos deputados Arlen, Batista e Jorge, colocando-me à disposição no que puder. Esse convite me reanimou novamente – redundante mesmo o “novamente” - a participar desses eventos. Coloco-me à disposição, tanto da Assembleia quanto dos senhores no que eu puder contribuir. Agradeço a estada em Belo Horizonte e a acolhida de vocês todos. Agradeço também aos senhores, participantes do evento. Muito obrigado.

O presidente – Agradeço ao Maurício. Agora, passo a palavra à Patrícia Paim para suas considerações finais.

A Sra. Patrícia Paim – Gostaria muito de agradecer a presença de todos os que estão aqui até agora, aos deputados, a toda a Mesa, aos desembargadores e ao Maurício. Gostaria de dizer também que a judicialização é um fato, sim. Ele fez o comentário de que não entende como ela caiu, se a gente ainda paga despesas de 2013.

Vou falar um pouco da saúde do DF, que acaba sendo referência para os outros estados. No ano de 2014, pagou despesas de 2013, e o orçamento de 2015 é menor que o de 2014. Por isso que está devendo 2014, porque, se for honrar com os compromissos de 2014, não vai conseguir fazer nada em 2015. Isso responde um pouquinho o porquê de, mesmo caindo a judicialização, a gente continuar devendo.

Estando na mediação, fico a defendê-la, porque trazer o paciente para as políticas públicas é conscientizá-lo de que devemos olhar não só para a gente, mas para o todo, que é o SUS. Cada vez que economizamos com o paciente não comprando um medicamento que não é padronizado, que é importado, de altíssimo custo, com certeza, conseguimos assistir, cada vez mais e melhor, os outros pacientes. Não que não tenhamos de melhorar tecnologias e incorporações de novas técnicas em medicamentos, mas devemos conscientizar de que, talvez, não faça tanta diferença ou não faça diferença alguma o outro medicamento e que a gente pode dividir a fatia, a gente pode assistir mais e melhor todos, e não apenas um indivíduo. A coletividade tem, sim, de ficar acima do individual, porque temos de oferecer o SUS para todos, e não para uma minoria que tem acesso ao Judiciário.

Por isso que a mediação é importante, porque a gente traz o paciente para dentro das políticas públicas do SUS. Eu não o trato de forma desigual, muito pelo contrário, eu o trato dentro da igualdade que o SUS tem de ofertar a todos os pacientes que querem ser assistidos. Como a gente estava conversando aqui com o deputado, as pessoas estão cheias de direitos. Todos acham que seus medicamentos têm de ser daquela forma, mas são poucos os que lembram quais são os deveres que têm com o SUS. Um deles é defender essa bandeira, para que ele continue existindo daqui a 20, 30, 100 anos. A gente tem de se conscientizar exatamente diminuindo a judicialização, fazendo parte das políticas, para que ele continue assistindo toda a população, caso contrário, não vamos conseguir isso.

Agradeço novamente a oportunidade. O evento foi muito rico para todos. A cada encontro aprendemos um pouco mais e percebemos o público de cada estado. Vamos lutar por um SUS melhor. Muito obrigada.

O presidente – Agradecemos à Patrícia Paim e passamos para o encerramento. Saio daqui otimista em relação ao objetivo deste ciclo de debates. A nossa proposta era exatamente entender as dificuldades, as limitações do Judiciário e fazer uma simbiose entre esse poder, as políticas públicas, os gestores da saúde e os usuários do SUS. O papel da Assembleia Legislativa foi exatamente esse, ou seja, intermediar o diálogo entre as três esferas: o médico, a medicina, o atendimento médico. Muitas vezes, as políticas públicas são equivocadas e ineficientes, dada a limitação de recursos financeiros. Quando o paciente não alcança o que postula, inevitável e legitimamente, acaba acionando a via judicial. O que buscamos foi qualificar as decisões judiciais, e não condená-las ou impedir o direito de acesso à Justiça. Também queremos resolver a maioria dos problemas na principal esfera de tratamento de saúde, que são os hospitais, incluindo os médicos, as equipes. Quando uma pessoa procura um hospital, quer conseguir seu tratamento, seu exame, quer resolver seu problema de doença. Se alcança isso, ela fica contente. Mas, se não alcança, precisa sim ativar as vias judiciais.

Temos de lutar para que o SUS, as secretarias de saúde, os gestores e o Ministério da Saúde garantam todos os atendimentos necessários. Às vezes, o ministério tem sido o grande empecilho para que o SUS funcione melhor devido ao imenso número de portarias e resoluções. Nós, médicos, sabemos que se há muitas técnicas para resolver determinado procedimento é porque nenhuma delas é eficaz. Então, precisamos mudar, buscar a solução para o problema. Infelizmente, com toda essa complexidade técnica, o Ministério da Saúde não está conseguindo atender as necessidades dos pacientes. A Assembleia Legislativa não trará as soluções. Vamos propor debates, ouvir as convergências, expor as mazelas do SUS e as políticas públicas, de forma a aprimorar o atendimento.

Desde o início, fizemos quatro reuniões preparatórias, convidando conselhos de saúde, entidades judiciárias, OAB, associação médica, representantes de movimentos populares, representantes da Associação Mineira de Municípios. Então, procuramos ouvir a todos. Esses painéis foram construídos de forma consensual. Todos deram suas opiniões de temas a serem abordados. É claro, é o primeiro ciclo que estamos organizando, por isso pode ter ocorrido, sim, alguma imperfeição, pode não ter atendido a todas as pessoas em seus anseios, mas tenho certeza de que o que buscamos aqui é um passo para que as pessoas tenham um atendimento de saúde com mais qualidade. O nosso objetivo é melhorar o atendimento de cada cidadão, e espero tê-lo alcançado.



Gostaria de agradecer a toda a equipe de apoio da Assembleia, ao presidente da Casa, deputado Adalclever Lopes, que foi sempre solícito e demonstrou todo o apoio a este evento, aos deputados Antônio Jorge, Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde, à equipe de apoio e assessoria do Plenário e das comissões, a todas as entidades que participaram da organização do evento. Enfim, agradecemos a todos que participaram, foram mais de quinhentas pessoas inscritas. Agradecemos a todos que também participaram dos debates e que, de forma muito objetiva, muito clara e muito pertinente, puderam contribuir com o desfecho deste evento. Agradecemos principalmente aos palestrantes que vieram de outros estados nos prestigiar, como o desembargador Martin, que veio do Rio Grande do Sul, e o Prof. Atallah, da Universidade de São Paulo. Várias pessoas contribuíram com este evento. Então os meus agradecimentos.

Informamos que a publicação da ata deste ciclo de debates estará disponível na versão eletrônica do Diário do Legislativo, na edição do dia 03 de outubro, e poderá ser acessada pelo portal da Assembleia Legislativa: www.almg.gov.br. Informamos também que as gravações da tarde de hoje poderão ser vistas, em reprise pela TV Assembleia, no dia 27 de setembro, às 9 horas.

ATA DA 34ª REUNIÃO ESPECIAL DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA, EM 28/9/2015

Presidência do Deputado Adalclever Lopes

Sumário: Comparecimento – Abertura – Ata – Destinação da Reunião – Composição da Mesa – Execução do Hino Nacional – Apresentação do Tema da Ordem do Mérito Legislativo 2015 – Palavras do Governador do Estado – Palavras do Presidente – Entrega das Medalhas – Apresentação Musical – Encerramento – Ordem do Dia.

Comparecimento

– Comparecem os deputados e as deputadas:

Adalclever Lopes – Hely Tarquínio – Lafayette de Andrada – Bráulio Braz – Ulysses Gomes – Doutor Wilson Batista – Anselmo José Domingos – Antônio Carlos Arantes – Antonio Lerin – Arlen Santiago – Arlete Magalhães – Arnaldo Silva – Bonifácio Mourão – Cabo Júlio – Carlos Pimenta – Celinho do Sinttrocel – Celise Laviola – Cristiano Silveira – Cristina Corrêa – Dalmo Ribeiro Silva – Dilton Melo – Dirceu Ribeiro – Douglas Melo – Doutor Jean Freire – Duarte Bechir – Durval Ângelo – Elismar Prado – Emidinho Madeira – Fabiano Tolentino – Fábio Cherem – Felipe Attiê – Fred Costa – Geisa Teixeira – Geraldo Pimenta – Gil Pereira – Gilberto Abramo – Glaycon Franco – Gustavo Corrêa – Gustavo Valadares – Inácio Franco – Ione Pinheiro – Iran Barbosa – Isauro Calais – Ivair Nogueira – João Alberto – Leandro Genaro – Léo Portela – Leonídio Bouças – Luiz Humberto Carneiro – Marília Campos – Neilando Pimenta – Nozinho – Paulo Lamac – Professor Neivaldo – Roberto Andrade – Rogério Correia – Rosângela Reis – Sargento Rodrigues – Thiago Cota – Tiago Ulisses – Tito Torres – Tony Carlos – Vanderlei Miranda – Wander Borges.

Abertura

O presidente (deputado Adalclever Lopes) – Às 20h15min, declaro aberta a reunião. Sob a proteção de Deus e em nome do povo mineiro, iniciamos os nossos trabalhos. Com a palavra o 2º-secretário para proceder à leitura da ata da reunião anterior.

Ata

– O deputado Doutor Wilson Batista, 3º-secretário, nas funções de 2º-secretário, procede à leitura da ata da reunião anterior, que é aprovada sem restrições.

Destinação da Reunião

O locutor – Destina-se esta reunião ao agradecimento dos novos membros e dos que serão promovidos na Ordem do Mérito Legislativo do Estado de Minas Gerais em 2015.

Composição da Mesa

O locutor – Convidamos a tomar assento à Mesa os Exmos. Srs. Fernando Pimentel, governador do Estado, orador oficial da Ordem do Mérito Legislativo; Antônio Andrade, vice-governador do Estado; desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes, presidente do Tribunal de Justiça de Minas Gerais; e Carlos André Mariani Bittencourt, procurador-geral de justiça do Estado; a Exma. Sra. Christiane Neves Procópio Malard, defensora pública-geral do Estado; e os Exmos. Srs. deputado federal Misael Varella, representando a Câmara dos Deputados; general de divisão Mário Lúcio Alves de Araújo, comandante da 4ª Região Militar do Exército; vereador Wellington Magalhães, presidente da Câmara Municipal de Belo Horizonte; desembargador José Murilo de Moraes, 1º-vice-presidente do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, representando a presidente do tribunal, desembargadora Maria Laura Franco de Faria; conselheiro Cláudio Couto Terrão, vice-presidente do Tribunal de Contas do Estado, representando o presidente, conselheiro Sebastião Helvécio; e deputados Ulysses Gomes, 1º-secretário da Assembleia Legislativa do Estado e secretário do Conselho da Ordem do Mérito Legislativo; Hely Tarquínio, Lafayette de Andrada, Bráulio Braz e Doutor Wilson Batista, respectivamente, 1º-vice-presidente, 2º-vice-presidente, 3º-vice-presidente e 3º-secretário desta Casa; Vanderlei Miranda, líder da Maioria; Gustavo Valadares, líder da Minoria; Rogério Correia, líder do Bloco Minas Melhor; Gustavo Corrêa, líder do Bloco Verdade e Coerência; e Durval Ângelo, líder do Governo.

Execução do Hino Nacional

O locutor – Convidamos os presentes a ouvir o Hino Nacional, que será executado pelo Quarteto Cobra Coral.

– Procede-se à execução do Hino Nacional.

Apresentação do Tema da Ordem do Mérito Legislativo 2015

O locutor – A Ordem do Mérito Legislativo agracia anualmente homens, mulheres e instituições que, com seu trabalho e sua dedicação, tenham-se tornado merecedores do especial reconhecimento da Assembleia Legislativa de Minas Gerais. O ingresso na ordem é realizado por indicação de todos os parlamentares que compõem a Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. O conselho é sediado no Palácio da Inconfidência e composto pelos membros da Mesa, pelas lideranças da Maioria, da Minoria, do Governo, das representações partidárias e dos blocos parlamentares e por ex-presidentes do Legislativo que estejam no exercício de mandato parlamentar.



A solenidade de agraciamento da Ordem do Mérito Legislativo em 2015 tem por tema o Rio São Francisco. O rio-mar, como é chamado pelos indígenas, mesmo diante dos assoreamentos e desmatamentos, demonstra sua resistência e sua vitalidade, alimentando a natureza presente no seu entorno e fortalecendo os vínculos comunitários e as expressões culturais das populações ribeirinhas. O Rio São Francisco tem a força de renovação e de vida presente em suas águas, na diversidade da flora e da fauna da região e nas múltiplas manifestações culturais encontradas por onde ele passa, como artesanato, congado, folia, catira, entre outras. Todas elas confirmam o poder de fertilidade do rio que, no período da cheia, amplia seu leito, penetra em diversos lugares e vai levando com ele histórias, culturas, sonhos de uma vida melhor.

Palavras do Governador do Estado

Boa noite a todos. Senhoras e senhores, permitam-me saudar, antes da minha fala, com muito respeito e carinho, o presidente da Casa, deputado estadual Adalclever Lopes; o meu companheiro de governo, deputado federal Antônio Andrade, vice-governador do Estado de Minas Gerais; o caro amigo desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes, presidente do Tribunal de Justiça do Estado; o também amigo Dr. Carlos André Mariani Bittencourt, procurador-geral de Justiça do Estado de Minas Gerais; a Dra. Christiane Neves Procópio Malard, defensora pública-geral do Estado; o deputado federal Misael Varella, representando a Câmara Federal; o Gen.-Div. Mário Lúcio Alves de Araújo, comandante da 4ª Região Militar; o caro amigo vereador Wellington Magalhães, aqui representando a Câmara Municipal, ele que é presidente da Casa, na pessoa de quem saúdo todos os vereadores aqui presentes; o desembargador José Murilo de Moraes, 1º-vice-presidente do Tribunal Regional do Trabalho, representando o tribunal; o conselheiro Cláudio Terrão, vice-presidente do Tribunal de Contas de Minas Gerais, representando o tribunal; o meu amigo e companheiro deputado estadual Ulysses Gomes, 1º-secretário da Assembleia Legislativa e secretário do Conselho da Ordem do Mérito, na pessoa de quem saúdo, com muito carinho, todas as deputadas e deputados estaduais presentes; o deputado federal Mauro Lopes, que divisei aqui; o deputado Lincoln Portela; o ex-deputado José Santana; todos os queridos amigos da Câmara Federal; os meus secretários aqui presentes. Como são vários, vou saudá-los nas pessoas do Paulo Guedes, secretário de Estado de Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais; do André Quintão, secretário de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social; do Mário Henrique Caixa, secretário de Estado de Turismo; e Tadeu Martins Leite, secretário de Estado de Desenvolvimento Regional, Política Urbana e Gestão Metropolitana, os quatro são parlamentares eleitos nesta Assembleia.

Cabe a mim, Sr. Presidente, por escolha do conselho, ser o orador oficial desta cerimônia. Antes de mais nada, quero dizer que é uma honra e uma alegria muito grandes. Em primeiro lugar, porque a Medalha do Mérito Legislativo é distinção que se eleva entre as mais altas que possam expressar o reconhecimento de serviços prestados à sociedade e ao Estado. É símbolo que traz a chancela dos mais autênticos representantes do povo por ele escolhidos para a composição do nosso Parlamento. Receber na Casa do povo mineiro a grande comenda conferida pela Assembleia Legislativa faz com que se ilumine em todos nós o sentido das responsabilidades que cidadãos e cidadãs devem praticar na obra comum da construção da democracia, da justiça e da paz. Trata-se aqui do grave senso da ordem, característica dos mineiros, sobre o qual nos falava o governador João Pinheiro, no longínquo início do século passado. Fico, assim, feliz e honrado ao falar nesta Assembleia.

O Poder Legislativo, de fato, ocupa a centralidade do espaço democrático, assegura a escuta, promove a participação e persegue os resultados desejados. O ambiente de harmonia e equilíbrio que vivemos em Minas Gerais encontra sustentação na lição política magistral desta Casa, presidida com inteligência, firmeza e serenidade pelo deputado Adalclever Lopes.

Ao egrégio Judiciário cumpre o distanciamento ético dos embates da cidadania para o pleno exercício dos princípios superiores da lei e do direito, mas o Legislativo se encontrará sempre mergulhado na realidade dinâmica e efervescente do processo social. Está ele comprometido com os ininterruptos movimentos do corpo comunitário de maneira a captar e transmitir a matéria viva de que se constituem a pluralidade política e a diversidade da coisa pública.

Já o Executivo, entre o imperativo da lei e as angústias do clamor popular, procura vivenciar o ensinamento do magistrado ao buscar a concretização das metas que o legislador, de forma afirmativa, propõe ao Estado. Falo aqui dos três Poderes da República porque a compreensão lúcida do papel de cada um deles resulta exatamente na sinergia que testemunhamos hoje na vida pública mineira com ânimo forte e confiança no êxito de nossas missões.

Senhoras e senhores, caros amigos, a crise internacional veio alcançar o Brasil desde meados do ano passado, a despeito da resistência que demoradamente lhe oferecemos. Não chegou até nós sem aviso nem se instalou sem combate. Nenhum setor da sociedade pode se surpreender nem julgar deter o monopólio das soluções hoje necessárias. A Nação deve participar solidariamente da edificação de uma nova fase de prosperidade, fiel aos princípios da democracia e da ordem republicana. Aqueles que pretendem tirar proveito subalterno da crise jamais conseguirão disfarçar aos olhos do povo e perante a história a falácia de suas manobras. Numerosos são os momentos de crise que podemos contar na formação do País e, em particular, no curso do Estado de Minas Gerais, Estado primordial nos sentimentos nacionais de liberdade e democracia. A transição para outro ciclo econômico que já se avizinha precisa da base sólida e da energia positiva das instituições democráticas e do compromisso republicano. É assim e somente assim que vamos conquistar o futuro que todos almejamos.

Vem desta Assembleia Legislativa, caro presidente, a confiança com que nós, mineiros, lançamos a nossa modesta contribuição de coragem cívica e devotamento ao serviço público em favor da superação dos desafios e da conquista de novas realidades. Em um momento como o que vivemos hoje no País, nossa Minas Gerais deve ser inspiradora da convergência e da unidade em defesa das instituições e dos superiores interesses do Brasil. A serenidade e o incomparável senso de equilíbrio do povo mineiro asseguram tranquilidade e paz em Minas Gerais em meio às inquietações oriundas da crise, crise que haveremos de superar com trabalho e tenacidade sem qualquer ruptura da ordem democrática.

Saúdo, assim, os nossos bravos parlamentares estaduais, verdadeiros portadores do espírito de Minas, aquele que nos fala Carlos Drummond de Andrade, espírito dotado do claro raio ordenador, que, como diz o poeta, faz desaparecer a confusão das realidades. Felicito os agraciados e cumprimento seus familiares e demais amigos. De fato receber a medalha é honra que enobrece, sensibiliza e se torna inesquecível. Vocês a merecem. Comemorem. Parabéns a todos. Muito obrigado.



Palavras do Presidente

Exmo. Sr. Fernando Pimentel, governador do Estado de Minas Gerais, grande amigo e fraterno companheiro; Exmo. Sr. Antônio Andrade, grande amigo e presidente do meu partido, vice-governador do Estado de Minas Gerais; Exmo. Sr. desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes, presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que convive com esta Casa e com o Poder Executivo como manda a Constituição, harmonicamente; Exmo. Sr. Carlos André Mariani Bittencourt, procurador-geral de justiça do Estado; Exma. Sra. Christiane Neves Procópio Malard; defensora pública-geral do Estado; Exmo. Sr. deputado federal Misael Varella, representando a Câmara dos Deputados; Exmo. Sr. Gen.-Div. Mário Lúcio Alves de Araújo, comandante da 4ª Região Militar do Exército; Exmo. Sr. vereador Wellington Magalhães, presidente da Câmara Municipal de Belo Horizonte; Exmo. Sr. desembargador José Murilo de Moraes, 1º vice-presidente do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região; Exmo. Sr. conselheiro Cláudio Couto Terrão, representando o conselheiro Sebastião Helvécio, presidente do Tribunal de Contas; Exmo. Sr. deputado Ulysses Gomes, 1º secretário da Assembleia Legislativa; Exmo. Sr. Hely Tarquínio, 1º vice-presidente da Assembleia; Exmo. Sr. deputado Lafayette de Andrada, 2º vice-presidente da Assembleia; Exmo. Sr. deputado Braulio Braz, 3º vice-presidente da Assembleia; Exmo. Sr. deputado Doutor Wilson Batista, 3º secretário da Assembleia; Exmo. Sr. deputado Vanderlei Miranda, líder da Maioria; Exmo. Sr. deputado Gustavo Valadares, líder da Minoria; Exmo. Sr. deputado Rogério Correia, líder do Bloco Minas Melhor; Exmo. Sr. deputado Gustavo Corrêa, líder do Bloco Verdade e Coerência; Exmo. Sr. deputado Durval Ângelo, líder do governo, senhoras e senhores.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, dando sequência a uma tradição que tanto a honra, vem conceder a Medalha do Mérito Legislativo às personalidades que têm o reconhecimento de seus serviços ou méritos excepcionais.

Seja, portanto, a nossa primeira palavra a de congratulações a todos os agraciados, seguida de nossas saudações aos familiares e convidados aqui reunidos. No trabalho de cada um de vocês, a coletividade constata uma influência positiva na vida e no destino do Estado, com determinação, coragem e responsabilidade. Como todos os cidadãos, os que ostentam o galardão do mérito legislativo têm direitos e deveres e, sobretudo, o dever maior: a devoção ao Estado Democrático de Direito, o qual responde às raízes mais profundas da vontade do povo brasileiro.

A Assembleia Legislativa de Minas Gerais tem valorizado o tema, em ações como a instalação da Comissão Extraordinária da Águas e a realização do seminário legislativo Águas de Minas III e da segunda edição do projeto Cidadania Ribeirinha, sempre com a participação da sociedade.

Diante do panorama instável e desigual da distribuição da água, evidencia-se, cada vez mais, a necessidade do aprimoramento da gestão desse recurso vital, que é vital para o ser humano. A gestão da água impõe um equilíbrio entre os imperativos de sua proteção e as necessidades de ordem econômica, sanitária e social, tal como recomenda o art. 9º da Declaração Universal dos Direitos da Água.

Sabemos que o rio precisa, mais do que nunca, receber cuidados em defesa de suas legítimas causas – que são as causas da própria vida na terra, essencial a todos os seres humanos. Precisamos reaprender a cuidar do São Francisco, o maior rio que corre unicamente em território brasileiro. Que cada um dos agraciados com a Ordem do Mérito Legislativo do Estado de Minas Gerais se inspire no Velho Chico – em seu poder de renovação e integração – para que frutifiquem o mérito, a solidariedade, a cidadania e a liberdade. Muito obrigado.

Entrega das Medalhas

O locutor – A admissão na Ordem do Mérito Legislativo do Estado de Minas Gerais representa, desde a sua criação, em 1982, o reconhecimento do Poder Legislativo às pessoas e instituições que tomam iniciativas que contribuem para o bem-estar da sociedade. A admissão ou promoção na Ordem do Mérito Legislativo do Estado de Minas Gerais é representada pelas medalhas que agora apresentamos aos agraciados, autoridades e convidados.

– Procede-se à apresentação das medalhas.

O locutor – O Toque da Vitória será executado pelos trompetistas da PMMG.

– Procede-se à execução do Toque da Vitória.

O locutor – As medalhas conduzidas pelos Dragões da Inconfidência da PMMG representam os três graus de admissão ou promoção na Ordem do Mérito Legislativo: Grande Mérito, Mérito Especial e Mérito.

Gostaríamos de informar aos presentes que está sendo realizada a cobertura fotográfica desta solenidade e que as fotos serão posteriormente disponibilizadas no portal da Assembleia Legislativa. Esta solenidade também será reprisada pela TV Assembleia no dia 4 de outubro, domingo, às 9 horas.

Os graus para ingresso e promoção na Ordem do Mérito Legislativo do Estado de Minas Gerais são determinados de acordo com os critérios previstos na resolução de sua criação. O agraciamento começará com a outorga do grau máximo, o Grande Mérito. O presidente da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais e do Conselho da Ordem do Mérito Legislativo, deputado Adalclever Lopes, está sendo promovido ao grau Grande Mérito. O 1º secretário da Assembleia Legislativa de Minas Gerais e secretário do conselho da ordem, deputado Ulysses Gomes, fará o agraciamento do deputado Adalclever Lopes.

– Procede-se à entrega da medalha.

O locutor – Convidamos também os demais agraciados no grau Grande Mérito: vice-governador do Estado de Minas Gerais Antônio Eustáquio Andrade Ferreira – promoção; procurador-geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, Carlos André Mariani Bittencourt – promoção. O presidente da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais e do Conselho da Ordem do Mérito Legislativo, deputado Adalclever Lopes, fará o agraciamento aos homenageados. Informamos que também foi admitido no grau Grande Mérito e não pôde comparecer a esta solenidade o embaixador Jamal A. Khokhar, presidente do Conselho do Instituto das Américas.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – Tal qual o santo que lhe nomeia, o Rio São Francisco tudo irmana em suas águas: peixes, aves, bichos, plantas. Ele é responsável, muitas vezes, pelo fortalecimento dos laços indispensáveis para o trabalho das comunidades que nasceram e vivem às suas margens ou na região.

Faremos agora o agraciamento dos membros da Ordem do Mérito Legislativo, com o grau Mérito Especial. O agraciamento será realizado pelo 1º-secretário da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais e secretário do Conselho da Ordem do Mérito Legislativo, deputado Ulysses Gomes. Convidamos os agraciados: desembargador Alexandre Victor de Carvalho; secretário de Defesa Social de Minas Gerais, Bernardo Santana de Vasconcelos; arcebispo de Mariana, D. Geraldo Lyrio Rocha; secretário de Desenvolvimento Agrário de Minas Gerais, Glênio Martins de Lima Mariano; deputada federal Luciana Barbosa de Oliveira Moreira; comandante-geral do Corpo de Bombeiros Militares de Minas Gerais, Luiz Henrique Gualberto Moreira; comandante-geral da PMMG, Marco Antônio Badaró Bianchini – promoção; desembargador Marco Aurélio Ferenzini; comandante da 4ª Região Militar do Exército, Gen.-Div. Mário Lúcio Alves de Araújo – promoção; deputado federal Misael Artur Ferreira Varella; presidente da Câmara Municipal de Belo Horizonte, vereador Wellington Gonçalves de Magalhães.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – Seja tirando o sustento da pesca, da agricultura, da criação de animais, seja registrando motivos naturais e culturais ligados ao rio em rendas, bordados, cerâmicas, as comunidades ribeirinhas fazem do Rio São Francisco um fato cultural.

Chamaremos agora os novos membros da Ordem do Mérito Legislativo, que serão admitidos com o grau Mérito. Para o agraciamento, o 1º-vice-presidente da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, deputado Hely Tarquínio, e o deputado Vanderlei Miranda, líder da Maioria. São os agraciados: prefeito Anastácio Guedes Saraiva; Maj. PM André Humia Casarim; administrador Antônio Fernandes dos Santos Neto; prefeito Arnaldo Lemos Figueiredo; professor universitário Arquimedes Diógenes Ciloni; Associação dos Dirigentes Cristãos de Empresas de Minas Gerais – ADCE; administrador Ataídes de Deus Vieira Pozzi; Associação de Avicultores de Minas Gerais – Avimig; jornalista Célia Maria Morais Rennó Brochetto; advogado Celso Luiz Garcia; educadora popular Charlene Cristiane Egídio; e técnico Clairton Dutra Costa Vieira.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – Um elemento que merece destaque na cultura do Vale do São Francisco é a carranca, símbolo dos mistérios e perigos do rio. Acredita-se que as carrancas protegem os barqueiros e remeiros dos bichos, maus espíritos e tempestades, evitam que a embarcação afunde e garantem sorte na pescaria. De elevado conteúdo plástico e artístico, as carrancas sintetizam a fusão do elemento humano com o animal e seguem na proa, defendendo quem está dentro do barco e despertando os sentimentos de quem as vê da margem.

Continuamos o agraciamento dos novos admitidos na Ordem do Mérito Legislativo do Estado de Minas Gerais. Para fazer o agraciamento, convidamos o 2º vice-presidente da Assembleia de Minas, deputado Lafayette de Andrada, juntamente ao deputado Durval Ângelo, líder do Governo. Os agraciados são: engenheiro civil Claudius Vinicius Leite Pereira; professor universitário Clóvis de Albuquerque Rosa; Convenção Batista Mineira; vereador Daniel Diniz Nepomuceno; psicólogo Daniel Porto Soares; prefeita Darcira de Souza Pereira; vereador Décio Vanderlei dos Santos; vereador Duarte Severino Gomes; empresário Edilson Carlos Torquato; vereador Edmar Xavier Maciel; pastor Edson dos Santos Pereira; industrial Edson Renato Gonçalves Alvim e engenheiro agrônomo Edson Teixeira Filho.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – Os bordados produzidos em vários municípios por onde o Velho Chico passa, como Pirapora, em Minas Gerais, e Penedo, em Alagoas, e outras manifestações como o batuque, as cantigas, as danças tradicionais e os griôs também são importantes para perpetuar a cultura do rio.

Para continuar o agraciamento, convidamos o 3º-vice-presidente da Assembleia de Minas, deputado Braulio Braz, e o deputado Gustavo Valadares, líder da Minoria. Os agraciados são: diretor educacional Elias Diniz; servidor público Evandro Manoel Firmino da Fonseca; empresário Fernando Antonio de Lima; defensor público aposentado, Geraldo Affonso Pimentel Pereira de Araújo; médico Geraldo Brasileiro Filho; promotor de Justiça Geraldo Ferreira da Silva; prefeito Geraldo Martins Godoy; pastor Gilmar Garbero; auxiliar de serviços gerais Gilson Antônio de Castro; assessor parlamentar Glênio Marquez Pereira; delegado da Polícia Civil Gustavo Henrique Ferraz Silva Lopes; administrador Heleno Márcio de Melo Boy; e Profa. Ignez Pereira Martins.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – O velho ofício de lavar roupa à beira do rio, ainda é resguardado por centenas de mulheres nas regiões ribeirinhas do São Francisco. Muitas delas, enquanto realizam o árduo trabalho, entoam cantigas das avós lavadeiras, intensificando os laços de amizade e dando continuidade a uma tradição secular.

Para continuar o agraciamento, convidamos o 3º-secretário da Assembleia de Minas, deputado Doutor Wilson Batista, e o deputado Rogério Correia, líder do Bloco Minas Melhor. Os agraciados são: médico Itagiba de Castro Filho; o médico Jeferson Almeida Miranda; servidor público João Batista Mateus de Moraes; farmacêutico João José Guimarães; prefeito Joaquim Laércio Rodrigues; empresário Joel Jorge Guedes Paschoalin; prefeito Jorge Otaviano Costa Lopes; pároco José Cláudio Teixeira; Prof. José Geraldo de Almeida; prefeito Júlio André de Oliveira; assessora parlamentar Leida Maria Silva Oliveira; Loja Maçônica Propter Humanitatem; e advogado Luís Gustavo d'Ávila Riani.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – Para facilitar o transporte de pessoas e mercadorias de uma margem a outra do Rio São Francisco, é imprescindível o trabalho do canoeiro. Ele conhece bem os segredos, as armadilhas e os mitos do rio. Apesar da evolução nos transportes fluviais, continua se equilibrando em suas embarcações simples, mas de grande serventia. Seus versos, recitados nas cantorias dos violeiros do Velho Chico, insistem em povoar o imaginário da região.

Para continuar o agraciamento, convidamos o deputado Gustavo Corrêa, líder do Bloco Verdade e Coerência, e o deputado Hely Tarquínio, 1º-vice-presidente da Assembleia de Minas. São estes os agraciados: advogada Luíza Maria Lima Menezes, delegado de Polícia Federal Marcelo Eduardo Freitas, prefeito Marcelo Maciel de Castro, prefeito Marcílio Moreira Barros, prefeito Márcio Moreira Victor, servidor público estadual Marco Antônio Viana Leite, agricultora familiar Maria Alves de Souza, trabalhadora rural Maria Aparecida Machado Silva, comerciante Maria de Los Angeles Relines Garcia Blanco, economista Mário Ferreira Campos



Filho, médica Marta Alice Gomes Campos, Organização de Assistência e Serviços Integrados aos Sujeitos com Necessidades Especiais – Oasis – e escritor Olavo Celso Romano.

– Procede-se à entrega das medalhas.

O locutor – O Rio São Francisco representa a vitalidade de grande parte do Brasil e demonstra sua resistência por meio dos saberes e fazeres populares das regiões que banha. Os indígenas o chamam, na língua tupi, de Opará, que significa rio-mar ou rio sem rumo definido como o mar, o que confirma sua imensidão, sua exuberância, as infinitas possibilidades culturais, ecológicas e econômicas que suas águas oferecem aos cinco estados por onde passa.

Para continuar o agradecimento, convidamos o deputado Vanderlei Miranda, líder da Maioria, e o deputado Gustavo Valadares, líder da Minoria. São estes os agraciados: empresário Pierre Constâncio de Mello Mattos Thomé de Souza, Profa. Regina Helena Alves da Silva, empresário Roberto de Souza Pinto, cientista Rodrigo Lopes Sauaia, empresário Rogério Paiva Constantino, 1º-Sgt. Romualdo Rodrigo da Silva, Serviço Voluntário de Resgate – Sevor —, prefeita Tarcília Rodrigues Fernandes, apóstolo Valdemiro Santiago de Oliveira, delegada de Polícia Civil Valéria Oliveira Decat de Moura Resende, delegado de Polícia Civil Vinicius Sampaio da Costa, gestor público Vítor Mário Valverde e titular de cartório Wolfgang Jorge Coelho.

Apresentação Musical

O locutor – Ouviremos agora o Quarteto Cobra Coral, que apresentará, em homenagem ao Rio São Francisco, as músicas *Casa aberta*, de Flávio Henrique e Chico Amaral, e *Milagre dos peixes*, de Milton Nascimento e Fernando Brant.

– Procede-se à apresentação musical.

O locutor – Após o encerramento desta solenidade o presidente da Assembleia, deputado Adalclever Lopes, e demais autoridades da Mesa de honra farão a inauguração da exposição Os Chicos. Durante cerca de 100 dias, entre 2007 e 2011, Leo Drumond e Gustavo Nolasco percorreram as comunidades ribeirinhas do Rio São Francisco, entrevistando e documentando histórias de pessoas que se chamavam Francisco ou Francisca. O rio narrado sob a óptica dos próprios ribeirinhos é a premissa utilizada pelos autores.

A exposição Os Chicos, que ficará na Galeria de Arte da Assembleia até o dia 2 de outubro, faz parte da solenidade da Ordem do Mérito Legislativo 2015 e das atividades do seminário legislativo Águas de Minas III, que se inicia amanhã.

A Assembleia Legislativa agradece o apoio do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais e da Polícia Militar de Minas Gerais. Agradece também a presença de todos os convidados e autoridades que prestigiaram esta solenidade.

Encerramento

O presidente – A presidência agradece a presença dos convidados e autoridades e, cumprido o objetivo da convocação, encerra a reunião, convocando as deputadas e os deputados para as extraordinárias de amanhã, dia 29, às 9 e às 18 horas, nos termos do edital de convocação, e para a ordinária também de amanhã, às 14 horas, anunciando a ordem do dia. Levanta-se a reunião.

ATA DA 21ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, EM 6/7/2015

Às 17 horas, reúnem-se na Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia os deputados Adalclever Lopes, Presidente; Hely Tarquínio, 1º-Vice-Presidente; Lafayette de Andrada, 2º-Vice-Presidente; Braulio Braz, 3º-Vice-Presidente; Ulysses Gomes, 1º-Secretário, Alencar da Silveira Jr., 2º-Secretário e Doutor Wilson Batista, 3º-Secretário. Verificando a existência de número regimental, o presidente declara abertos os trabalhos do dia, sendo lida e aprovada a ata da reunião anterior. Inicialmente, a Mesa decide criar a Comissão Extraordinária do Idoso, com a finalidade de realizar estudos e debates sobre os direitos e necessidades da pessoa idosa. Continuando os trabalhos, passa-se à parte da reunião destinada à distribuição dos processos aos relatores, para serem discutidos e seus pareceres votados. O presidente inicia a distribuição, cabendo: ao deputado Ulysses Gomes, processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Cemig Distribuição S.A., tendo como objeto o fornecimento de energia elétrica para o Edifício Carlos Drummond de Andrade – parecer favorável à prorrogação, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Celin Transportes Ltda., tendo como objeto a locação de veículos flex, pelo sistema mensal, sem motorista, com quilometragem livre, incluindo seguro total – parecer favorável à inclusão de cláusulas, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Atrium Empresa de Viagens e Turismo Ltda., tendo como objeto a prestação de serviços de fornecimento de passagens aéreas nacionais e internacionais, serviço de hospedagem em hotel, seguro em viagem ao exterior, locação de veículos na localidade de destino, traslados, recepção em aeroportos e despachantes para solicitação de vistos – parecer favorável à inclusão de subcláusulas, considerando manifestações da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Artebrilho Multiserviços Ltda., tendo como objeto a cessão de mão de obra de vinte e oito empregados para atividades de vigias/porteiros, com fornecimento de uniformes, equipamentos de segurança e materiais – parecer favorável à prorrogação, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Polícia Legislativa, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de contrato a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a L3A Divisórias e Forros Ltda. - ME, tendo como objeto e execução de reformas, conforme leiautes, por demanda, com fornecimento de paredes divisórias, armários, balcões, bancadas e acessórios, inclusive montagem, instalação e desmontagem – parecer favorável à contratação, oriunda do Pregão Eletrônico nº 24/2015, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; ao deputado Hely Tarquínio, processo contendo requerimento de natureza administrativa do deputado Ulysses Gomes referente a assistência médica – parecer favorável, aprovado. Na continuidade da reunião, são aprovados atos relativos a cargos em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria, a serem publicados no “Diário do Legislativo”, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/97, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/91, 5.179, de 23/12/97, e 5.203, de



19/3/2002, combinadas com a Deliberação da Mesa nº 2.541, de 6/8/2012. Nada mais havendo a ser tratado, o presidente convoca nova reunião para o dia 8 de julho e encerra a reunião, lavrando-se, para constar, esta ata.

Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia, 8 de julho de 2015.

Adalclever Lopes, presidente - Hely Tarquínio - Lafayette de Andrada - Braulio Braz - Ulysses Gomes - Alencar da Silveira Jr. - Doutor Wilson Batista.

ATA DA 22ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, EM 13/7/2015

Às 17 horas, reúnem-se na Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia os deputados Adalclever Lopes, Presidente; Hely Tarquínio, 1º-Vice-Presidente; Lafayette de Andrada, 2º-Vice-Presidente; Braulio Braz, 3º-Vice-Presidente; Ulysses Gomes, 1º-Secretário, Alencar da Silveira Jr., 2º-Secretário e Doutor Wilson Batista, 3º-Secretário. Verificando a existência de número regimental, o presidente declara abertos os trabalhos do dia, sendo lida e aprovada a ata da reunião anterior. Continuando os trabalhos, passa-se à parte da reunião destinada à distribuição dos processos aos relatores, para serem discutidos e seus pareceres votados. O presidente inicia a distribuição, cabendo: ao deputado Ulysses Gomes, processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e o Consórcio Faz e Branez Total, tendo como objeto a prestação de serviços de publicidade e de atividades complementares – parecer favorável à prorrogação, pelo prazo de seis meses ou até que se ultime procedimento licitatório para contratação de mesmo objeto, autorizando a despesa, considerando manifestações da Diretoria de Comunicação Institucional, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de contrato a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e Agenes S. da Silva Suprimentos de Informática – ME, tendo como objeto a aquisição de pilhas alcalinas não recarregáveis – parecer favorável à contratação por dispensa de licitação, Processo nº 1011014 00081/2015-COTEP, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Administração de Material e Patrimônio, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de contrato a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Multipães Indústria e Comércio Ltda., tendo como objeto o fornecimento de lanches (pães com manteiga e leite) oferecidos aos prestadores de serviços terceirizados – parecer favorável à contratação, oriunda do Pregão Eletrônico nº 27/2015, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de contrato a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Telbrax Ltda., tendo como objeto a prestação de serviços de acesso à internet – parecer favorável à contratação, oriunda da adesão à Ata de Registros de Preços, Pregão Eletrônico regido pelo Edital nº 5/2014, da 4ª Superintendência de Polícia Rodoviária Federal em Minas Gerais – 4ª SRPRF/MG, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Tecnologia da Informação, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; ao deputado Hely Tarquínio, Requerimento nº 357/2015, das Comissões de Participação Popular e de Assuntos Municipais, em que solicitam ao presidente do Tribunal de Contas do Estado informações com cópia do documento conclusivo da auditoria realizada nas obras de construção dos terminais e das estações do BRT-Move metropolitano e do Município de Belo Horizonte – parecer pela rejeição do requerimento, aprovado; Requerimento nº 398/2015, da Comissão de Transporte, em que solicita seja encaminhado ao diretor-geral do DER-MG pedido de informações sobre a previsão para o início das obras de melhoria e pavimentação do trecho da MG-129 entre São Gonçalo do Rio Abaixo e Santa Bárbara, já adjudicado à Construtora Vale Verde Ltda., ou sobre o andamento das obras, caso já tenham sido iniciadas - parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 509/2015, dos deputados Noraldino Júnior e Missionário Márcio Santiago, em que solicitam informações à secretária de Educação sobre o Programa Poupança Jovem – parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 655/2015, da Comissão de Meio Ambiente, em que solicita ao secretário de Meio Ambiente informações, consubstanciadas em relatório da execução orçamentária do programa Bolsa Verde do Estado, desde a sua criação, para subsidiar audiência pública a se realizar na Assembleia - parecer pela aprovação do requerimento, com a Emenda nº1, aprovado; Requerimento nº 777/2015, do Deputado Noraldino Júnior, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Estado de Saúde pedido de informações sobre a carreira dos agentes de combate a endemias: piso salarial pago pelo governo do Estado; plano de cargos e carreira; montante pago pelo governo do Estado aos agentes que receberam o piso salarial em 2014; previsão de piso salarial a ser pago nos anos de 2015 e 2016; cursos disponíveis para formação e capacitação da categoria – parecer pela aprovação do requerimento na forma do Substitutivo nº 1, aprovado; Requerimento nº 780/2015, da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Trabalho e Desenvolvimento Social pedido de informações sobre os programas desenvolvidos; a previsão de ações e financiamento da atenção à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único da Assistência Social - Suas; a qualificação profissional e a inclusão no mercado de trabalho para pessoa com deficiência e a incorporação das Apaes como prestadoras de serviços do Suas - parecer pela aprovação do requerimento, na forma do Substitutivo nº1, aprovado; Requerimento nº 781/2015, da Comissão de Segurança Pública, em que solicita seja encaminhado ao chefe da Polícia Civil e ao comandante-geral da Polícia Militar pedido de informações sobre o índice de criminalidade no Município de Mutum, bem como sobre o número de inquéritos e denúncias realizadas, tendo em vista o teor da Mensagem nº 48.606, encaminhada em 20/4/2015 pelo Sistema de Interação com o Cidadão desta Casa – parecer pela aprovação do requerimento, na forma do Substitutivo nº 1, aprovado; Requerimento nº 782/2015, da Comissão de Segurança Pública, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Planejamento e Gestão pedido de informações sobre a previsão do pagamento do Prêmio de Produtividade do ano de 2013 aos servidores do Poder Executivo, considerando as inúmeras indagações encaminhadas a esta Casa, notadamente pelos servidores da Defesa Social - parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 807/2015, do Deputado Noraldino Júnior, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Defesa Social pedido de informações que menciona, referentes à ocorrência de 50 homicídios em Juiz de Fora no período de 1º de janeiro a 5 de maio de 2015 – parecer pela aprovação do requerimento, na forma do Substitutivo nº 1, aprovado; Requerimento nº 854/2015, ao qual foi anexado o Requerimento nº 1130/2015, ambos da Comissão de Fiscalização Financeira e Orçamentária, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Estado de Fazenda pedido de informações acerca dos empenhos cancelados relacionados às despesas realizadas, bem como das despesas



realizadas sem o devido empenho prévio, detalhadamente relacionadas e com as respectivas justificativas - parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 882/2015, da Comissão de Turismo, em que solicita seja encaminhado à presidente da Copasa-MG pedido de informações sobre a possibilidade de racionamento de água na Região Metropolitana de Belo Horizonte e o fornecimento de água para empreendimentos hoteleiros - parecer pela aprovação do requerimento, na forma do Substitutivo nº 1, aprovado; Requerimento nº 886/2015, da Comissão de Saúde, em que solicita seja encaminhado ao procurador-geral de Justiça pedido de informações sobre o relatório completo de trabalho realizado em cinquenta e sete hospitais de trinta e seis municípios visitados pelo Ministério Público - parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 892/2015, da Comissão de Saúde, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Estado de Saúde pedido de informações quanto aos termos dos Convênios nºs 681/2010 e 2.370/2013, firmados entre a Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas e o governo do Estado, destinados à construção da segunda etapa da unidade de alta complexidade em oncologia – parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 893/2015, da Comissão de Saúde, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Saúde pedido de informações sobre a agenda prevista para as unidades móveis de mamografia no ano de 2015 para as regiões Norte de Minas, Jequitinhonha/Mucuri e Noroeste de Minas - parecer pela aprovação do requerimento, na forma do Substitutivo nº1, aprovado; Requerimento nº 898/2015, da Comissão de Educação, em que solicita seja encaminhado ao conselheiro-presidente do Tribunal de Contas pedido de informações sobre a expedição de diplomas supostamente falsos expedidos pela Universidade do Estado de Minas Gerais – Uemg - para os cursos ofertados pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Carangola, conforme denúncia encaminhada àquela comissão – parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 901/2015, da Comissão de Saúde, em que solicita seja encaminhado ao secretário de Saúde pedido de informações sobre a incidência de câncer no Município de Campo Belo, em comparação com a média estadual e nacional, e sobre as possíveis causas da doença na região – parecer pela aprovação, aprovado; Requerimento nº 906/2015, da Comissão de Trabalho, Previdência e Ação Social e da Comissão de Participação Popular, em que solicitam seja encaminhado à diretora do Detran-MG pedido de informações sobre a fiscalização das concessionárias de veículos em relação à cobrança pelo serviço de registro e licenciamento de veículos novos, tendo em vista o disposto no art. 3º, § 2º, da Portaria 708, de 11 de maio de 2012, do Detran-MG - parecer pela aprovação do requerimento, com a Emenda nº1, aprovado; Requerimento nº 1.021/2015, da Comissão de Meio Ambiente, em que solicita seja encaminhado pedido de informações sobre os investimentos e recursos financeiros aplicados em proteção de nascentes e a relação dos municípios beneficiados, conforme o disposto na Lei nº 12.503, de 1997 - parecer pela aprovação, aprovado. A seguir, a Mesa opina favoravelmente à concessão do Adicional de Desempenho – ADE, nos termos da Lei nº 17.590/2008, alterada pela Lei nº 20.693/2013, regulamentada pela Deliberação da Mesa nº 2.421/2008, alterada pelas Deliberações da Mesa nº 2.421/2011, 2.540/2012 e 2.568/2013, à vista do parecer expresso pelo Conselho de Diretores, datado de 13 de julho de 2015, que aprovou o parecer emitido pela Gerência-Geral de Gestão de Pessoas em 18 de maio de 2015, e homologou a indicação dos servidores Bernardo Augusto de Andrade e Oliveira, Helen de Sousa Smith, Luciana Costa Oliveira Vieira, Marcos Eduardo Costa Júnior e Marina Bicalho Lima, aptos à obtenção do ADE. Na continuidade da reunião, são aprovados atos relativos a cargos em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria, a serem publicados no “Diário do Legislativo”, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/1991, 5.179, de 23/12/1997, e 5.203, de 19/3/2002, combinadas com a Deliberação da Mesa nº 2.541, de 6/8/2012. Nada mais havendo a ser tratado, o presidente convoca nova reunião para o dia 20 de julho e encerra a reunião, lavrando-se, para constar, esta ata.

Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia, 20 de julho de 2015.

Adalclever Lopes, presidente - Hely Tarquínio - Lafayette de Andrada - Bráulio Braz - Ulysses Gomes - Alencar da Silveira Jr. - Doutor Wilson Batista.

ATA DA 11ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, EM 8/7/2015

Às 17 horas, reúnem-se na Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia os deputados Adalclever Lopes, Presidente; Hely Tarquínio, 1º-Vice-Presidente; Lafayette de Andrada, 2º-Vice-Presidente; Bráulio Braz, 3º-Vice-Presidente; Ulysses Gomes, 1º-Secretário, Alencar da Silveira Jr., 2º-Secretário e Doutor Wilson Batista, 3º-Secretário. Verificando a existência de número regimental, o presidente declara abertos os trabalhos do dia, sendo lida e aprovada a ata da reunião anterior. Continuando os trabalhos, passa-se à parte da reunião destinada à distribuição dos processos aos relatores, para serem discutidos e seus pareceres votados. O presidente inicia a distribuição, cabendo ao deputado Lafayette de Andrada, Projeto de Resolução nº 18/2015, da Mesa da Assembleia, que dispõe sobre a estrutura de cargos de provimento em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal da Secretaria da Assembleia Legislativa e dá outras providências – parecer para o 1º turno pela aprovação na forma original, aprovado; Projeto de Lei nº 2.443/2015, da Mesa da Assembleia, que dispõe sobre a estrutura de cargos de provimento em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal da Secretaria da Assembleia Legislativa e dá outras providências - parecer para o 1º turno pela aprovação na forma original, aprovado. Na continuidade da reunião, são aprovados atos relativos a cargos em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria, a serem publicados no “Diário do Legislativo”, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/1991, 5.179, de 23/12/1997, e 5.203, de 19/3/2002, combinadas com a Deliberação da Mesa nº 2.541, de 6/8/2012. Nada mais havendo a ser tratado, o presidente convoca nova reunião para o dia 9 de julho e encerra a reunião, lavrando-se, para constar, esta ata.

Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia, 9 de julho de 2015.

Adalclever Lopes, presidente - Hely Tarquínio - Lafayette de Andrada - Bráulio Braz - Ulysses Gomes - Alencar da Silveira Jr. - Doutor Wilson Batista.

**ATA DA 12ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, EM 9/7/2015**

Às 17 horas, reúnem-se na Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia os deputados Adalclever Lopes, Presidente; Hely Tarquínio, 1º-Vice-Presidente; Lafayette de Andrada, 2º-Vice-Presidente; Braulio Braz, 3º-Vice-Presidente; Ulysses Gomes, 1º-Secretário, Alencar da Silveira Jr., 2º-Secretário e Doutor Wilson Batista, 3º-Secretário. Verificando a existência de número regimental, o presidente declara abertos os trabalhos do dia, sendo lida e aprovada a ata da reunião anterior. Continuando os trabalhos, passa-se à parte da reunião destinada à distribuição dos processos aos relatores, para serem discutidos e seus pareceres votados. O presidente inicia a distribuição, cabendo: ao deputado Ulysses Gomes, processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a AAA Teletron Casa do Portão Eletrônico Comércio e Indústria Ltda., tendo como objeto o fornecimento, instalação e manutenção em portões, cancelas e kits de interfones e fechaduras eletrônicas – parecer favorável à mudança na cláusula 1.1 b, para explicitar que a manutenção preventiva e corretiva inclui os portões da rua Dias Adorno, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de contrato a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e Francisco Solimar Rodrigues da Silva – EPP, tendo como objeto a execução de serviços de impermeabilização com fornecimento de materiais – parecer favorável à contratação, oriunda do Pregão Eletrônico nº 18/2015, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; ao deputado Lafayette de Andrada, Projeto de Resolução nº 18/2015, da Mesa da Assembleia, que dispõe sobre a estrutura de cargos de provimento em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal da Secretaria da Assembleia Legislativa e dá outras providências - parecer para o 2º turno pela aprovação na forma original, aprovado; Projeto de Lei nº 2.443/2015, da Mesa da Assembleia, que dispõe sobre a estrutura de cargos de provimento em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal da Secretaria da Assembleia Legislativa e dá outras providências - parecer para o 2º turno pela aprovação na forma original, aprovado. Na continuidade da reunião, são aprovados atos relativos a cargos em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria, a serem publicados no “Diário do Legislativo”, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/1991, 5.179, de 23/12/1997, e 5.203, de 19/3/2002, combinadas com a Deliberação da Mesa nº 2.541, de 6/8/2012. Para finalizar, o presidente assina os seguintes atos: nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, verificado o cumprimento das condições previstas nos incisos I, II e III do art. 3º da Emenda Constitucional nº 47, de 5/7/2005, c/c art. 133 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado de Minas Gerais, observados os termos das Leis nºs 15.014, de 15/1/2004, 16.833, de 20/7/2007, 17.637, de 14/7/2008, 18.803, de 31/3/2010, 19.838, de 2/12/2011, 20.337, de 2/8/2012, 20.693, de 22/5/2013, 21.236, de 19/5/2014, e 21.697, de 25/5/2015, da Lei Complementar nº 64, de 25/3/2002, e das Resoluções nºs 5.086, de 31/8/1990, e 5.347, de 19/12/2011, aposentando, a pedido, por tempo de contribuição, com proventos integrais, a partir de 2/6/2015, a servidora Fátima Beatriz Ferreira Silva, ocupante do cargo efetivo de Técnico de Apoio Legislativo, do Quadro de Pessoal da Secretaria desta Assembleia; aposentando, a pedido, por tempo de contribuição, com proventos integrais, a partir de 18/5/2015, a servidora Mônica Fátima Lima de Magalhães Drummond, ocupante do cargo efetivo de Técnico de Apoio Legislativo, do Quadro de Pessoal da Secretaria desta Assembleia. Nada mais havendo a ser tratado, o presidente convoca nova reunião para o dia 13 de julho e encerra a reunião, lavrando-se, para constar, esta ata.

Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia, 13 de julho de 2015.

Adalclever Lopes, presidente - Hely Tarquínio - Lafayette de Andrada - Braulio Braz - Ulysses Gomes - Alencar da Silveira Jr. - Doutor Wilson Batista.

ATA DA 13ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, EM 20/7/2015

Às 17 horas, reúnem-se na Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia os deputados Adalclever Lopes, Presidente; Hely Tarquínio, 1º-Vice-Presidente; Lafayette de Andrada, 2º-Vice-Presidente; Braulio Braz, 3º-Vice-Presidente; Ulysses Gomes, 1º-Secretário, Alencar da Silveira Jr., 2º-Secretário e Doutor Wilson Batista, 3º-Secretário. Verificando a existência de número regimental, o presidente declara abertos os trabalhos do dia, sendo lida e aprovada a ata da reunião anterior. Continuando os trabalhos, passa-se à parte da reunião destinada à distribuição dos processos aos relatores, para serem discutidos e seus pareceres votados. O presidente inicia a distribuição, cabendo: ao deputado Ulysses Gomes, processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Artebriho Multiserviços Ltda., tendo como objeto a prestação de serviços de limpeza, higienização e conservação a serem prestados nas dependências da Casa – parecer favorável à prorrogação, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo Protocolo de Intenções a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Câmara Municipal de Itabirito, tendo como objeto o apoio técnico-pedagógico à implantação do projeto Câmara-Escola – parecer favorável à celebração do convênio, considerando manifestações da Escola do Legislativo, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; ao deputado Hely Tarquínio, processo contendo requerimento de natureza administrativa do deputado Ulysses Gomes referente a assistência médica – parecer favorável, aprovado. Na continuidade da reunião, são aprovados atos relativos a cargos em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria, a serem publicados no “Diário do Legislativo”, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/1991, 5.179, de 23/12/1997, e 5.203, de 19/3/2002, combinadas com a Deliberação da Mesa nº 2.541, de 6/8/2012. Nada mais havendo a ser tratado, o presidente convoca nova reunião para o dia 27 de julho e encerra a reunião, lavrando-se, para constar, esta ata.

Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia, 27 de julho de 2015.

Adalclever Lopes, presidente - Hely Tarquínio - Lafayette de Andrada - Braulio Braz - Ulysses Gomes - Alencar da Silveira Jr. - Doutor Wilson Batista.

**ATA DA 14ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, EM 27/7/2015**

Às 17 horas, reúnem-se na Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia os deputados Adalclever Lopes, Presidente; Hely Tarquínio, 1º-Vice-Presidente; Lafayette de Andrada, 2º-Vice-Presidente; Braulio Braz, 3º-Vice-Presidente; Ulysses Gomes, 1º-Secretário, Alencar da Silveira Jr., 2º-Secretário e Doutor Wilson Batista, 3º-Secretário. Verificando a existência de número regimental, o presidente declara abertos os trabalhos do dia, sendo lida e aprovada a ata da reunião anterior. Inicialmente, a Mesa toma as seguintes decisões: 1ª) aprova a prestação de contas da execução orçamentária, financeira e contábil da Assembleia Legislativa referente ao mês de junho de 2015, composta de balanços, relatórios e demonstrativos; 2ª) aprova a prestação de contas da execução orçamentária, financeira e contábil do Fundo de Apoio Habitacional da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais – Fundhab - referente ao mês de junho de 2015, composta de balanços, relatórios e demonstrativos; 3ª) aprova as prestações de contas dos deputados referentes à aplicação, até 30/6/2015, dos recursos inerentes à verba indenizatória de que trata a Deliberação da Mesa nº 2.446/2009. Continuando os trabalhos, passa-se à parte da reunião destinada à distribuição dos processos aos relatores, para serem discutidos e seus pareceres votados. O presidente inicia a distribuição, cabendo ao deputado Ulysses Gomes processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Talento Cinevídeo Ltda., tendo como objeto a prestação de serviços de operação de sistemas eletrônicos de áudio e vídeo para a Diretoria de Rádio e Televisão da Casa – parecer favorável à ampliação do objeto em 1,77% (um vírgula setenta e sete por cento) e revisão de preços, motivada pelo aumento do valor do vale-transporte, autorizando a despesa, considerando manifestações da Diretoria de Rádio e Televisão, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de convênio a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Sociedade Mineira de Cultura, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, tendo como objeto a realização anual do Parlamento Jovem de Minas, por meio do envolvimento de estudantes de ensino médio e universitários da PUC Minas – parecer favorável à celebração do convênio, considerando manifestações da Escola do Legislativo, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S.A., tendo como objeto o seguro de acidentes pessoais para os estagiários da Casa – parecer favorável à prorrogação, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Administração de Pessoal, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de aditamento ao contrato celebrado entre esta Assembleia Legislativa e a Visual Sistemas Eletrônicos Ltda., tendo como objeto a prestação de serviços de manutenção no Sistema Eletrônico para Votação – SEV-2000, instalado no Plenário da Casa – parecer favorável à prorrogação, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência de Suporte Técnico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado; processo contendo termo de contrato a ser celebrado entre esta Assembleia Legislativa e Azevedo Barcelos Engenharia Ltda. - EPP, tendo como objeto o fornecimento, com instalação, de paredes em gesso acartonado, portas, marcos e alizares – parecer favorável à contratação, oriunda do Pregão Eletrônico nº 19/2015, Lote 2, autorizando a despesa, considerando manifestações da Gerência-Geral de Suporte Logístico, da Procuradoria-Geral e da Diretoria-Geral da Casa, aprovado. Isso posto, a Mesa opina favoravelmente à concessão da licença sem vencimento, para tratar de interesse particular, ao servidor Ricardo Perri Bandeira, no período de 1º de junho a 31 de dezembro de 2016, nos termos do art. 161 da Resolução nº 800, de 5/1/1967. Na continuidade da reunião, são aprovados atos relativos a cargos em comissão de recrutamento amplo do Quadro de Pessoal desta Secretaria, a serem publicados no *Diário do Legislativo*, nos termos do inciso VI do art. 79 da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, e nos termos das Resoluções nºs 5.100, de 29/6/1991, 5.179, de 23/12/1997, e 5.203, de 19/3/2002, combinadas com a Deliberação da Mesa nº 2.541, de 6/8/2012. Nada mais havendo a ser tratado, o presidente convoca nova reunião para o dia 3 de agosto e encerra a reunião, lavrando-se, para constar, esta ata.

Sala de Reuniões da Mesa da Assembleia, 3 de agosto de 2015.

Adalclever Lopes, presidente - Hely Tarquínio - Lafayette de Andrada - Braulio Braz - Ulysses Gomes - Alencar da Silveira Jr. - Doutor Wilson Batista.

**TRAMITAÇÃO DE PROPOSIÇÕES****PARECER SOBRE A INDICAÇÃO Nº 20/2015****Comissão Especial
Relatório**

Por meio da Mensagem nº 54/2015, publicada em 6/8/2015 no *Diário do Legislativo*, o governador do Estado submeteu à aprovação desta Casa, nos termos do art. 62, XXIII, "d", da Constituição do Estado, a indicação de Henrique Pereira Dourado para o cargo de diretor-geral da Loteria do Estado de Minas Gerais.

Esta comissão especial foi constituída para emitir parecer sobre a escolha, nos termos da alínea "c" do inciso I do art. 111, combinado com o § 1º do art. 146, do Regimento Interno.

Esta comissão analisou o currículo de Henrique Pereira Dourado e realizou sua arguição pública. O indicado respondeu com presteza e desembaraço às questões propostas e afirmou que sua indicação não encontra restrições legais. Consideramos que o indicado possui experiência e conhecimentos suficientes para assumir a diretoria-geral da Loteria do Estado de Minas Gerais.

Conclusão

Opinamos favoravelmente à indicação de Henrique Pereira Dourado para o cargo de diretor-geral da Loteria do Estado de Minas Gerais.

Sala das Comissões, 1º de outubro de 2015.

Ivair Nogueira, presidente – Cássio Soares, relator – Inácio Franco.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 1.590/2015**Comissão de Constituição e Justiça
Relatório**

De autoria do deputado Tiago Ulisses, a proposição em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 4.878/2014, visa dar denominação ao trevo localizado na MG-295, que dá acesso à cidade, no Município de Paraisópolis.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 22/5/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Transporte, Comunicação e Obras Públicas.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos de juridicidade, constitucionalidade e legalidade, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Na reunião de 5/8/2015, esta comissão solicitou fosse o projeto encaminhado, nos termos do art. 301 do Regimento Interno, à Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais, a fim de que o órgão enviasse a esta Casa informações sobre o trecho a ser denominado.

De posse da resposta, passamos à análise da matéria.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 1.590/2015 tem por escopo dar a denominação de Trevo Prefeito José Asdrúbal Zizo de Almeida ao trevo localizado na MG-295, que dá acesso à cidade, no Município de Paraisópolis.

No que se refere à competência normativa, as matérias que só podem ser reguladas pela União, de interesse nacional, estão arroladas no art. 22 da Constituição da República. As que são reguladas pelo município, por sua vez, estão previstas no art. 30, que lhe assegura a prerrogativa de editar normas sobre assuntos de interesse local e complementar as legislações federal e estadual para atender às suas peculiaridades.

A regra básica para delimitar a competência do estado membro está consagrada no § 1º do art. 25 da Carta Magna, que lhe faculta tratar das matérias que não se enquadram no campo privativo da União nem do município.

À luz desses dispositivos, a denominação de próprios públicos não constitui assunto de competência privativa da União ou do município, podendo ser objeto de disciplina jurídica por parte do estado federado.

No uso dessa prerrogativa, foi editada a Lei nº 13.408, de 1999, que, além de atribuir ao Legislativo a competência de dispor sobre a matéria, determina que a escolha recairá em nome de pessoa falecida que tenha prestado relevantes serviços à coletividade, em evento de valor histórico, efeméride, acidente geográfico ou outras referências às tradições históricas e culturais do Estado.

Além disso, o art. 66 da Constituição Mineira não inseriu o assunto no domínio da iniciativa reservada à Mesa da Assembleia e aos titulares dos Poderes Executivo e Judiciário, do Tribunal de Contas ou do Ministério Público, sendo adequada a apresentação da proposição por membro deste Parlamento.

Cabe informar que, em resposta à diligência solicitada, a Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais enviou a Nota Técnica Jurídica nº 476, da Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas – Setop –, e a Nota Técnica de 2/6/2015, do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais – DER-MG –, por meio das quais esses órgãos se manifestam favoravelmente à pretensão do projeto de lei em análise, uma vez que o referido trevo não possui denominação oficial.

Por fim, apresentamos a Emenda nº 1, redigida na parte conclusiva deste parecer, com a finalidade de adequar a redação do art. 1º à técnica legislativa.

Conclusão

Em vista do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 1.590/2015 com a Emenda nº 1, a seguir apresentada.

EMENDA Nº 1

Dê-se ao art. 1º a seguinte redação:

“Art. 1º – Fica denominado Trevo Prefeito José Asdrúbal Zizo de Almeida o trevo que dá acesso à sede do Município de Paraisópolis, localizado na Rodovia MG-295.”.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Roberto Andrade, relator – Cristiano Silveira – Glaycon Franco.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 1.591/2015**Comissão de Constituição e Justiça
Relatório**

De autoria do deputado Carlos Pimenta, a proposição em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 5.180/2014, visa dar denominação ao trecho de 7km, do entroncamento da MGC-251 ao Município de São João da Lagoa.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 22/5/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Transporte, Comunicação e Obras Públicas.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos de juridicidade, constitucionalidade e legalidade, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Na reunião de 5/8/2015, esta comissão solicitou que o projeto fosse, nos termos do art. 301 do Regimento Interno, encaminhado à Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais, a fim de que esta enviasse informações sobre a rodovia a ser denominada.

De posse da resposta, passamos à análise da matéria.



Fundamentação

O Projeto de Lei nº 1.591/2015 tem por escopo dar a denominação de Rodovia Ângelo Gonçalves ao trecho de 7km localizado entre o entroncamento da MGC-251 e o Município de São João da Lagoa.

No que se refere à competência normativa, as matérias que só podem ser reguladas pela União, de interesse nacional, estão arroladas no art. 22 da Constituição da República. As que são reguladas pelo município, por sua vez, estão previstas no art. 30, que lhe assegura a prerrogativa de editar normas sobre assuntos de interesse local e suplementar as legislações federal e estadual para atender às suas peculiaridades.

A regra básica para delimitar a competência do estado federado está consagrada no § 1º do art. 25 da Carta Magna, que lhe faculta tratar das matérias que não se enquadram no campo privativo da União nem do município.

À luz desses dispositivos, a denominação de próprios públicos não constitui assunto de competência privativa da União ou do município, podendo ser objeto de disciplina jurídica por parte do estado membro.

No uso dessa prerrogativa, foi editada a Lei nº 13.408, de 1999, que, além de atribuir ao Legislativo a competência de dispor sobre a matéria, determina que a escolha recairá em nome de pessoa falecida que tenha prestado relevantes serviços à coletividade, em evento de valor histórico, efeméride, acidente geográfico ou outras referências às tradições históricas e culturais do Estado.

Além disso, a Constituição Mineira não inseriu o assunto no domínio da iniciativa reservada à Mesa da Assembleia ou aos titulares dos Poderes Executivo e Judiciário, do Tribunal de Contas ou do Ministério Público, sendo adequada a apresentação da proposição por membro deste Parlamento.

Cabe informar que, em resposta à diligência solicitada, a Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais enviou a Nota Técnica Jurídica nº 474, da Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas – Setop –, e a Nota Técnica de 2/6/2015, do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais – DER-MG –, por meio das quais esses órgãos se manifestam favoravelmente à pretensão do projeto de lei em análise, uma vez que o referido trecho não possui denominação oficial.

Embora não haja óbice à tramitação da proposição em exame, apresentamos, ao final deste parecer, a Emenda nº 1, com a finalidade identificar o trecho a ser denominado de acordo com o *Boletim Rodoviário* do DER-MG.

Conclusão

Em vista do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 1.591/2015 com a Emenda nº 1, a seguir apresentada.

EMENDA Nº 1

Dê-se ao art. 1º a seguinte redação:

“Art. 1º – Fica denominado Rodovia Ângelo Gonçalves o trecho da LMG-656 do entroncamento com a MGC-251 ao Município de São João da Lagoa.”.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonidio Bouças, presidente – Bonifácio Mourão, relator – Glaycon Franco – Professor Neivaldo – Roberto Andrade.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 1.592/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Carlos Pimenta, a proposição em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 5.179/2014, visa dar denominação ao trecho da MG-120 que liga os Municípios de Porteirinha e Riacho dos Machados.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 22/5/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Transporte, Comunicação e Obras Públicas.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos de juridicidade, constitucionalidade e legalidade, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Na reunião de 5/8/2015, esta comissão solicitou que o projeto fosse, nos termos do art. 301 do Regimento Interno, encaminhado à Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais, a fim de que esta enviasse informações sobre a rodovia a ser denominada.

De posse da resposta, passamos à análise da matéria.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 1.592/2015 tem por escopo dar a denominação de Rodovia Wilson José da Cunha ao trecho da Rodovia MG-120 que liga os Municípios de Porteirinha e Riacho dos Machados, até o entroncamento da Rodovia BR-251.

No que se refere à competência normativa, as matérias que só podem ser reguladas pela União, de interesse nacional, estão arroladas no art. 22 da Constituição da República. As que são reguladas pelo município, por sua vez, estão previstas no art. 30, que lhe assegura a prerrogativa de editar normas sobre assuntos de interesse local e suplementar as legislações federal e estadual para atender às suas peculiaridades.

A regra básica para delimitar a competência do estado federado está consagrada no § 1º do art. 25 da Carta Magna, que lhe faculta tratar das matérias que não se enquadram no campo privativo da União nem do município.

À luz desses dispositivos, a denominação de próprios públicos não constitui assunto de competência privativa da União ou do município, podendo ser objeto de disciplina jurídica por parte do estado membro.

No uso dessa prerrogativa, foi editada a Lei nº 13.408, de 1999, que, além de atribuir ao Legislativo a competência de dispor sobre a matéria, determina que a escolha recairá em nome de pessoa falecida que tenha prestado relevantes serviços à coletividade, em evento de valor histórico, efeméride, acidente geográfico ou outras referências às tradições históricas e culturais do Estado.



Além disso, a Constituição Mineira não inseriu o assunto no domínio da iniciativa reservada à Mesa da Assembleia ou aos titulares dos Poderes Executivo e Judiciário, do Tribunal de Contas ou do Ministério Público, sendo adequada a apresentação da proposição por membro deste Parlamento.

Cabe informar que, em resposta à diligência solicitada, a Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais enviou a Nota Técnica Jurídica nº 721, da Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas – Setop –, e a Nota Técnica de 14/8/2015, do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais – DER-MG –, por meio das quais esses órgãos se manifestam favoravelmente à pretensão do projeto de lei em análise, uma vez que o referido trecho não possui denominação oficial.

Embora não haja óbice à tramitação da proposição em exame, apresentamos, ao final deste parecer, a Emenda nº 1, com a finalidade identificar o trecho a ser denominado de acordo com o *Boletim Rodoviário* do DER-MG.

Conclusão

Em vista do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 1.592/2015 com a Emenda nº 1, a seguir apresentada.

EMENDA Nº 1

Dê-se ao art. 1º a seguinte redação:

“Art. 1º – Fica denominado Rodovia Wilson José da Cunha o trecho da Rodovia MG-120 que liga o Município de Porteirinha ao entroncamento com a BR-251, no Município de Grão-Mogol.”.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Professor Neivaldo – Glaycon Franco – Roberto Andrade.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.315/2015

Comissão do Trabalho, da Previdência e da Ação Social

Relatório

De autoria do deputado Deiró Marra, o projeto de lei em epígrafe tem por objetivo declarar de utilidade pública a Associação Luta pela Vida, com sede no Município de Monte Carmelo.

A Comissão de Constituição e Justiça examinou a matéria preliminarmente e concluiu por sua juridicidade, constitucionalidade e legalidade na forma apresentada.

Cabe agora a este órgão colegiado deliberar conclusivamente sobre a proposição, conforme preceitua o art. 103, I, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.315/2015 pretende declarar de utilidade pública a Associação Luta pela Vida, com sede no Município de Monte Carmelo, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, que tem como escopo a assistência social e a promoção da educação.

Com esse propósito, a instituição oferece serviços e desenvolve ações de caráter assistencial, promocional, educacional e recreativo, com a finalidade de atender todos que a ela se dirigirem, independentemente de classe social, nacionalidade, sexo, raça, cor ou crença religiosa.

Tendo em vista o relevante trabalho desenvolvido pela Associação Luta pela Vida em prol dos moradores do Município de Monte Carmelo, consideramos meritória a iniciativa de lhe outorgar o título de utilidade pública.

Conclusão

Pelo exposto, opinamos pela aprovação do Projeto de Lei nº 2.315/2015, em turno único, na forma apresentada.

Sala das Comissões, 1º de outubro de 2015.

Celinho do Sinttrocel, relator.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.319/2015

Comissão do Trabalho, da Previdência e da Ação Social

Relatório

De autoria do deputado Deiró Marra, o projeto de lei em epígrafe tem por objetivo declarar de utilidade pública a Associação dos Moradores do Bairro Santo Antônio, com sede no Município de Monte Alegre de Minas.

A Comissão de Constituição e Justiça examinou a matéria preliminarmente e concluiu por sua juridicidade, constitucionalidade e legalidade na forma apresentada.

Cabe agora a este órgão colegiado deliberar conclusivamente sobre a proposição, conforme preceitua o art. 103, I, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.319/2015 pretende declarar de utilidade pública a Associação dos Moradores do Bairro Santo Antônio, com sede no Município de Monte Alegre de Minas, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, que tem como escopo incentivar e promover ações pelo desenvolvimento comunitário do bairro em que atua.

Com esse propósito, a instituição congrega os moradores em torno dos problemas comunitários, buscando soluções e o desenvolvimento da comunidade; proporciona aos associados condições adequadas de habitação, trabalho e recreação; e, ainda, zela pela conservação e manutenção da infraestrutura urbana.

Tendo em vista o relevante trabalho desenvolvido pela Associação dos Moradores do Bairro Santo Antônio pelo Município de Monte Alegre de Minas, consideramos meritória a iniciativa de lhe outorgar o título de utilidade pública.

Conclusão

Pelo exposto, opinamos pela aprovação do Projeto de Lei nº 2.139/2015, em turno único, na forma apresentada.

Sala das Comissões, 1º de outubro de 2015.

Celinho do Sinttrocel, relator.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.405/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Douglas Melo, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública o Instituto de Equitação e Equoterapia Gileade – Ineeg –, com sede no Município de Sete Lagoas.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 9/7/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.405/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública o Instituto de Equitação e Equoterapia Gileade – Ineeg –, com sede no Município de Sete Lagoas.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que, no estatuto constitutivo da instituição, os arts. 22, parágrafo único, e 44 vedam a remuneração de seus diretores e conselheiros; e o art. 38 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a pessoa jurídica sem fins lucrativos, que tenha, preferencialmente, o mesmo objetivo social da instituição dissolvida.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.405/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Paulo Lamac – Roberto Andrade – Glaycon Franco.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.554/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Adalclever Lopes, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Associação Comunitária de Volta da Serra, com sede no Município de Monte Azul.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e do Trabalho, da Previdência e da Ação Social.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.554/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Associação Comunitária de Volta da Serra, com sede no Município de Monte Azul.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Ressalte-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o art. 30 impede a remuneração das atividades de seus diretores, conselheiros e associados, sendo-lhes vedado o recebimento de qualquer lucro, gratificação, bonificação ou vantagem; e o art. 34 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênera, com personalidade jurídica e registro no Conselho Nacional de Assistência Social, ou a entidade pública.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.554/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Glaycon Franco – Paulo Lamac – Roberto Andrade.

**PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.557/2015****Comissão de Constituição e Justiça****Relatório**

De autoria do deputado Durval Ângelo, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Fundação Francisco Bilheiro – Funfrab –, com sede no Município de Mirai.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Cultura.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.557/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Fundação Francisco Bilheiro – Funfrab –, com sede no Município de Mirai.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Ressalte-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o art. 11 impede a remuneração das atividades de seus dirigentes e conselheiros, sendo-lhes vedado o recebimento de qualquer vantagem ou benefício; e o art. 42 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente reverterá a entidade congênere sediada no Município de Mirai.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.557/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Glaycon Franco – Roberto Andrade – Paulo Lamac.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.568/2015**Comissão de Constituição e Justiça****Relatório**

De autoria do deputado Douglas Melo, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Associação Comunitária dos Moradores dos Bairros Acácias e São Dimas, com sede no Município de Caetanópolis.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e do Trabalho, da Previdência e da Ação Social.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.568/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Associação Comunitária dos Moradores dos Bairros Acácias e São Dimas, com sede no Município de Caetanópolis.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o art. 28 veda a remuneração dos associados que participam de sua administração, e o art. 30 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênere, com atividades no Município de Caetanópolis e registro no Conselho Nacional de Assistência Social.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.568/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Bonifácio Mourão, relator – Glaycon Franco – Paulo Lamac – Roberto Andrade.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.576/2015**Comissão de Constituição e Justiça****Relatório**

De autoria do deputado Wander Borges, a proposição em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 758/2011, visa declarar de utilidade pública a Associação dos Moradores dos Bairros Santa Matilde, Quarenta e Dois, Idulipê e Adjacências – Ambasma –, com sede no Município de Santa Luzia.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e do Trabalho, da Previdência e da Ação Social.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.576/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Associação de Moradores dos Bairros Santa Matilde, Quarenta e Dois, Idulipê e Adjacências – Ambasma –, com sede no Município de Santa Luzia.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o art. 3º, parágrafo único, determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênera, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social; e o art. 8º, parágrafo único, veda a remuneração de seus diretores e conselheiros.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.576/2015 na forma apresentada. Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Glaycon Franco – Roberto Andrade – Paulo Lamac.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.581/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Hely Tarquínio, o projeto de lei em tela, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 5.663/2014, visa declarar de utilidade pública a Associação Patense de Reciclagem – Apare –, com sede no Município de Patos de Minas.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.581/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Associação Patense de Reciclagem – Apare –, com sede no Município de Patos de Minas.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que o estatuto constitutivo da instituição determina, no art. 23, parágrafo único, que seus dirigentes e conselheiros não serão remunerados, sendo-lhes vedado o recebimento de lucros ou dividendos, a qualquer título ou pretexto; e, no art. 40, que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade sem fins lucrativos, sediada no Município de Patos de Minas.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.581/2015 na forma apresentada. Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Bonifácio Mourão, relator – Roberto Andrade – Paulo Lamac – Glaycon Franco.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.585/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Antônio Lerin, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Associação Cultural, Artística e Talentos de Araxá – Acata –, com sede no Município de Araxá.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Turismo, Indústria, Comércio e Cooperativismo.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.585/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Associação Cultural, Artística e Talentos de Araxá – Acata –, com sede no Município de Araxá.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Ressalte-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o parágrafo único do art. 27 impede a remuneração das atividades de seus dirigentes; e o art. 45 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênera.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.585/2015 na forma apresentada. Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Glaycon Franco – Paulo Lamac – Roberto Andrade.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.591/2015**Comissão de Constituição e Justiça
Relatório**

De autoria do deputado Fábio Cherem, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública o Lavras Tênis Clube, com sede no Município de Lavras.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 6/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Esporte, Lazer e Juventude.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.591/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública o Lavras Tênis Clube, com sede no Município de Lavras.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Ressalte-se que, no estatuto constitutivo da instituição, os art. 24 e 86 impedem a remuneração das atividades de seus diretores e conselheiros; e o art. 85 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênere ou filantrópica.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.591/2015 na forma apresentada. Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator - Glaycon Franco - Roberto Andrade - Paulo Lamac.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.616/2015**Comissão de Constituição e Justiça
Relatório**

De autoria do deputado Noraldino Júnior, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Aliança Juizforana pela Defesa dos Animais – Ajuda –, com sede no Município de Juiz de Fora.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 7/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.616/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Aliança Juizforana pela Defesa dos Animais – Ajuda –, com sede no Município de Juiz de Fora.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o art. 3º veda a remuneração de seus dirigentes e associados; e o parágrafo único do art. 34 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a instituição correlata, sem fins lucrativos, ou a entidade filantrópica.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.616/2015 na forma apresentada. Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Roberto Andrade – Glaycon Franco – Paulo Lamac.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.621/2015**Comissão de Constituição e Justiça
Relatório**

De autoria da deputada Rosângela Reis, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Associação de Amigos de Ipatinga – Amip –, com sede no Município de Ipatinga.



A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 7/8/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e do Trabalho, da Previdência e da Ação Social.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.621/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Associação de Amigos de Ipatinga – Amip –, com sede no Município de Ipatinga.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o § 1º do art. 14 veda a remuneração de seus dirigentes; e os arts. 39 e 40 determinam que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênere, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica e registrada no Conselho Nacional de Assistência Social, que tenha, preferencialmente, os mesmos objetivos sociais da instituição dissolvida.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.621/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Glaycon Franco – Paulo Lamac – Roberto Andrade.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.639/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Ricardo Faria, o projeto de lei em epígrafe visa declarar de utilidade pública a Casa Lar Balbina Maria de Jesus, com sede no Município de Contagem.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 7/9/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e do Trabalho, da Previdência e da Ação Social.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da proposição quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.639/2015 tem por finalidade declarar de utilidade pública a Casa Lar Balbina Maria de Jesus, com sede no Município de Contagem.

Os requisitos para que as associações e fundações constituídas no Estado sejam declaradas de utilidade pública estão enunciados no art. 1º da Lei nº 12.972, de 1998.

Pelo exame da documentação que instrui o processo, constata-se o inteiro atendimento às exigências mencionadas no referido dispositivo, pois ficou comprovado que a entidade é dotada de personalidade jurídica, funciona há mais de um ano e sua diretoria é formada por pessoas idôneas, não remuneradas pelo exercício de suas funções.

Note-se que, no estatuto constitutivo da instituição, o art. 27 veda a remuneração de seus diretores, conselheiros e associados; e o art. 36 determina que, na hipótese de sua dissolução, o patrimônio remanescente será destinado a entidade congênere, com personalidade jurídica e registro no Conselho Nacional de Assistência Social, ou a entidade pública.

Conclusão

Pelo aduzido, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.639/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Paulo Lamac – Roberto Andrade – Glaycon Franco.

PARECER PARA TURNO ÚNICO DO PROJETO DE LEI Nº 2.668/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Geraldo Pimenta, o projeto de lei em epígrafe tem por objetivo instituir o Dia Estadual do Queijo.

Publicada no *Diário do Legislativo* de 8/8/2015, a proposição foi distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Cultura.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar da matéria em seus aspectos jurídico, constitucional e legal, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

Trata o Projeto de Lei nº 2.668/2015 de instituir o Dia Estadual do Queijo, a ser comemorado anualmente no dia 16 de maio.

Em sua justificação, o autor da matéria esclarece que a data escolhida para homenagear o produto é o dia em que o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan – fez o tombamento do queijo mineiro como um patrimônio cultural imaterial brasileiro.

Na análise jurídica, constata-se que a Constituição da República, em seu art. 22, relaciona as matérias de interesse nacional, sobre as quais cabe à União legislar privativamente; no art. 30, prevê a competência dos municípios para tratar de assuntos de interesse local e

suplementar a legislação federal e estadual para atender às suas peculiaridades. Ao estado-membro, o § 1º do art. 25 reserva a competência sobre temas que não se enquadram no campo privativo da União ou do município.

Tendo em vista esses dispositivos, a instituição de data comemorativa pode ser objeto de disciplina jurídica por parte de quaisquer dos estados componentes do sistema federativo.

Ademais, o art. 66 da Carta Mineira, ao enumerar as matérias de iniciativa privativa da Mesa da Assembleia ou dos titulares dos Poderes Executivo e Judiciário, do Ministério Público e do Tribunal de Contas, não faz menção àquela ora examinada. Infere-se, portanto, que a qualquer membro deste Parlamento é facultada a deflagração do processo legislativo.

Por fim, ressaltamos que, feito o exame pela admissibilidade da proposição, cabe à próxima comissão a análise relacionada ao mérito da matéria, aprofundando-se o estudo dos aspectos de oportunidade e adequação das medidas propostas pelo projeto.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.668/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Bonifácio Mourão, relator – Isauro Calais – João Alberto – Cristiano Silveira – Luiz Humberto Carneiro.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 221/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Fred Costa, a proposição em epígrafe “cria o Livro de Reclamações dos Consumidores”.

Publicado no *Diário do Legislativo* de 6/3/2015, foi o projeto distribuído às Comissões de Constituição e Justiça e de Defesa do Consumidor e do Contribuinte para receber parecer, nos termos do art. 188 do Regimento Interno.

Cabe a esta comissão, preliminarmente, apreciar os aspectos jurídico, constitucional e legal da matéria, conforme estabelece o art. 102, III, “a”, do mencionado Regimento.

Fundamentação

O projeto sob comento tem por escopo instituir o Livro de Reclamações dos Consumidores, de natureza física, no Estado de Minas Gerais. Para tanto, define reclamação como “a manifestação relativa a bem ou serviço considerado insatisfatório pelo consumidor, dirigida a pessoa física ou jurídica que o comercializa ou presta”. A proposição também conceitua empresa titular da atividade reclamada como “toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, titular de atividades ou estabelecimentos que comercializem produtos ou prestem serviços no Estado”.

Na justificação do projeto, o autor alega que “muitos consumidores deixam de registrar suas reclamações em casos de irregularidades ou faltas cometidas pelos fornecedores de bens ou prestadores de serviços. Isso gera uma falsa sensação de regularidade em estabelecimentos onde os problemas com consumidores são frequentes. A proposta de criação do Livro de Reclamações visa justamente a suprir essa lacuna”.

O objetivo por excelência da proposição é efetivar a defesa do consumidor, que, tradicionalmente, é o lado mais fraco nas relações de consumo. O tema mereceu atenção especial do constituinte federal, que inseriu o assunto no rol dos direitos e garantias fundamentais, conforme se depreende do comando previsto no art. 5º, XXXII, da Constituição da República, o qual determina que “o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor”. A lei a que se refere o preceito constitucional pode ser tanto a norma federal veiculadora de regras gerais quanto a norma estadual que estabelece regras específicas.

Para confirmar essa assertiva, basta mencionar que a mencionada Carta Política inseriu o tema da proteção do consumidor no domínio da legislação concorrente da União, dos estados e do Distrito Federal, conforme se infere do disposto no art. 24, V e VII. O inciso V trata da competência de tais entes políticos para editar normas jurídicas sobre produção e consumo, ao passo que o inciso VII cuida da competência desses entes federados para legislar sobre responsabilidade por dano ao consumidor.

Não é demais ressaltar que, no campo da competência legislativa concorrente, cabe à União – e somente a ela – editar normas gerais de observância obrigatória pelos demais entes políticos. Aos estados e ao Distrito Federal cabe a elaboração de normas específicas para atender às peculiaridades regionais. No exercício dessa prerrogativa, a União editou a Lei nº 8.078, de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Esta lei não contém regra básica voltada para a criação do Livro de Reclamações, fato que não impede o Estado de tornar obrigatória a instituição desse livro nos estabelecimentos que comercializem produtos ou prestem serviços em seu território, no exercício de sua autonomia constitucional preordenada à defesa do consumidor.

Nesse ponto, é oportuno assinalar que a única norma federal que determina a criação de livro de reclamações é a Lei nº 11.771, de 2008, a qual dispõe sobre a Política Nacional de Turismo. O art. 34, III, determina que os prestadores de serviços turísticos deverão manter, em suas instalações, livro dessa natureza.

Portanto, a competência da União para legislar sobre defesa do consumidor não exclui a competência dos estados para editarem regras específicas sobre a matéria, contanto que não contrariem as diretrizes gerais fixadas no âmbito federal.

Vale registrar que, no Estado do Rio de Janeiro, a Lei nº 6.613, de 2013, já criou o Livro de Reclamações, obrigando todos os estabelecimentos de bens e serviços daquele estado a disponibilizar o livro ao consumidor que desejar registrar sua queixa caso seja mal atendido.

Não obstante a constitucionalidade do projeto, entendemos que ele merece alguns reparos de natureza técnico-legislativa com vistas à clareza e ampliação do texto, com o objetivo de facilitar a interpretação da lei e assegurar a sua eficácia, razão pela qual apresentamos o Substitutivo nº 1.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 221/2015 na forma do Substitutivo nº 1, a seguir apresentado.

SUBSTITUTIVO Nº 1

Dispõe sobre o Livro de Reclamações dos Consumidores e dá outras providências.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Todo fornecedor que comercialize bens ou preste serviços em todos os estabelecimentos do Estado deverá manter, à disposição dos consumidores e em local visível e de fácil acesso, o Livro de Reclamações dos Consumidores, de natureza física.

Art. 2º – Os fornecedores que utilizem meios virtuais para a venda de bens ou prestação de serviços, ou que mantenham portal na Internet, deverão implementar um Livro de Reclamações de natureza virtual.

Art. 3º – Para os efeitos desta lei, entende-se por:

I – reclamação: a manifestação relativa a bem ou serviço considerado insatisfatório pelo consumidor, dirigida a pessoa física ou jurídica que o comercializa ou presta.

II – empresa titular da atividade reclamada: toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que comercialize bens ou preste serviços no território do Estado.

Art. 4º – A reclamação será registrada de forma legível, clara e concisa, conforme modelo fixado em regulamento.

§ 1º – Para registro da reclamação, o consumidor poderá consultar o Código de Defesa do Consumidor, disponível no estabelecimento, nos termos da Lei nº 12.291, de 2010.

§ 2º – Cabe ao consumidor guardar toda eventual documentação que comprove o objeto da reclamação.

§ 3º – Se houver testemunha no momento da ocorrência do fato que gerou a reclamação, poderá o consumidor obter os dados de contato dela, caso seja necessário contatá-la para um futuro testemunho em processo administrativo.

§ 4º – O registro da reclamação não impedirá que o consumidor utilize outros meios de proteção ao seu direito.

Art. 5º – Verificada a ausência do Livro de Reclamações no estabelecimento ou no portal da internet, se for o caso, o agente fiscal de órgão de defesa do consumidor procederá, de imediato, à lavratura do auto de infração.

Art. 6º – O desrespeito às disposições desta lei sujeitará o infrator às sanções administrativas previstas nos arts. 56 a 60 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Art. 7º – Esta lei entra em vigor seis meses após a data de sua publicação.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – João Alberto, relator – Cristiano Silveira – Isauro Calais – Luiz Humberto Carneiro.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 338/2015**Comissão de Constituição e Justiça****Relatório**

De autoria do deputado Fred Costa, o projeto de lei em epígrafe “acrescenta dispositivo à Lei nº 12.227, de 2 de julho de 1996, que cria o Fundo Estadual de Assistência Social – Feas –, e disciplina a aplicação de recursos previstos em programas e fundos destinados a assistir populações carentes”.

Publicado no *Diário do Legislativo* de 13/3/2015, foi o projeto encaminhado às Comissões de Constituição e Justiça, do Trabalho, da Previdência e da Ação Social e de Fiscalização Financeira e Orçamentária.

Em cumprimento do disposto no art. 173, § 2º, do Regimento Interno, foram anexados à proposição os Projetos de Lei nºs 1.958/2015, de autoria do deputado Elismar Prado, que acrescenta dispositivo à Lei nº 12.227, de 2/7/1996, que cria o Fundo Estadual de Assistência Social – Feas –, e 1.959/2015, também de autoria do deputado Elismar Prado, que disciplina a aplicação de recursos previstos em programas e fundos destinados a assistir populações carentes, a combater a miséria e a fome e a resgatar a cidadania no Estado.

Preliminarmente, vem o projeto a esta comissão para ser analisado quanto aos seus aspectos jurídicos, constitucionais e legais, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O projeto de lei em exame visa a estabelecer que os recursos do Feas sejam aplicados, preferencialmente, em projetos de assistência social para atendimento aos municípios ou regiões do Estado que registrem Índice de Desenvolvimento Humano – IDH – de até 0,5.

Inicialmente, ressaltamos que esta comissão já se manifestou sobre a matéria quando da análise de proposições semelhantes em legislaturas anteriores. Tendo em vista que não houve inovação no ordenamento jurídico que justificasse uma nova interpretação do projeto, passamos a reproduzir os principais argumentos utilizados anteriormente nos pareceres referentes aos Projetos de Lei nº 3.892/2009 e 1.032/2011:

“Passando à análise da proposição, observa-se inicialmente que, nos termos do art. 3º, inciso III, da Constituição Federal, constitui objetivo fundamental da República Federativa do Brasil a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Por sua vez, a Constituição mineira, em seu art. 2º, inciso VIII, dispõe que é objetivo do Estado dar assistência ao Município, especialmente ao de escassas condições de propulsão socioeconômica. No art. 41, estabelece que o Estado articulará regionalmente ação administrativa objetivando não só assistir os municípios que apresentem precárias condições socioeconômicas, mas também contribuir para a redução das desigualdades regionais.



Não obstante, conforme passaremos a expor, o projeto encontra óbices de natureza legal e constitucional que o impedem de tramitar na forma como proposto.

Em primeiro lugar, cumpre-nos ressaltar que tanto a aplicação como a definição das condições para a alocação de recursos em programas administrativos são atribuições típicas do Poder Executivo, detentor da competência constitucional para realizar tais ações de governo.

Assim, a medida veiculada pelo projeto em exame trata de matéria pertencente ao campo da ‘reserva da administração’, ou seja, da discricionariedade do administrador em avaliar, segundo as especificidades de cada situação, a melhor maneira de aplicação dos recursos públicos.

A lei de iniciativa parlamentar, nesse caso, ao estabelecer preferência na execução de programas de governo, configura interferência indevida de um Poder nas ações típicas do outro, o que violaria o princípio da separação dos Poderes, preconizado pela Constituição Federal. Esse foi o entendimento do Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.364. Vejamos:

‘O princípio constitucional da Reserva de Administração impede a ingerência normativa do Poder Legislativo em matérias sujeitas à exclusiva competência administrativa do Poder Executivo.’

Dessa forma, embora seja louvável a iniciativa parlamentar, não é possível estabelecer, na forma pretendida, critérios para a aplicação de recursos pelo Executivo, sob pena de engessamento da atividade administrativa.

No que tange aos recursos alocados no Fundo para a Infância e a Adolescência – FIA – e no Fundo Estadual de Assistência Social – Feas –, cumpre-nos tecer algumas considerações.

Em relação ao FIA, a alteração proposta não tem como prosperar, em razão do disposto no parágrafo único do art. 5º da Lei nº 11.397, de 6 de janeiro de 2004, segundo o qual compete ao Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente definir os projetos que terão preferência na liberação dos recursos do Fundo. Desse modo, o projeto de lei em tela, ao estabelecer preferência na aplicação dos recursos do FIA, acabaria por usurpar atribuição legal conferida a órgão do Poder Executivo.

Quanto ao Feas, a inserção do parágrafo único no art. 3º da Lei nº 12.227, de 2 de julho de 1996, também não pode prosperar. Isso porque todas as hipóteses previstas nos incisos do referido artigo seriam submetidas ao novo critério, o que não é possível, seja em razão da natureza das disposições, seja pela necessidade de observância de norma federal ou pela forma como se acha estruturada a assistência no Estado. Por tais razões, apenas o inciso VII, que trata da transferência de recursos aos fundos municipais de assistência social, comportaria a estipulação da preferência tratada pelo projeto em exame.

Ocorre que, nos termos do art. 13, VIII, da Lei nº 12.262, de 23 de julho de 1996, compete ao Conselho Estadual de Assistência Social – Ceas – aprovar critérios para a transferência de recursos para os fundos municipais de assistência social, com a observância de alguns indicadores constantes do texto do dispositivo. Desse modo, no intuito de adequar a disposição à técnica legislativa e à legislação vigente, a inserção do comando contido na proposição em análise deve ser feita na Lei nº 12.262, de 1996, que cria o Ceas, conforme propomos no Substitutivo nº 1, ao final redigido.”

Ressaltamos que, conforme consta do parecer aprovado na Comissão de Constituição e Justiça quando da análise do Projeto de Lei nº 1.032/2011, o Conselho Estadual de Assistência Social – Ceas –, em ofício encaminhado ao relator à época, manifestou-se de forma desfavorável à proposição, tendo em vista a existência de outros índices utilizados pela assistência social, que, no entendimento do Conselho, são mais adequados para balizar uma transferência de recursos de forma mais equitativa.

Dessa forma, optamos pela utilização do Índice de Desproteção Social – IDS – como critério de transferência de recursos para os fundos municipais de assistência social, que, nos termos do citado ofício, trata-se de um índice desenvolvido pela Sedese “a fim de maximizar os investimentos públicos na redução das referidas desproteções”.

Por fim, por força da Decisão Normativa da Presidência nº 12, de 2003, esta Comissão também deve manifestar-se sobre os Projetos de Lei nos 1.958/2015 e 1.959/2015, anexados à proposição.

Sendo assim, ressaltamos que os referidos projetos contêm dispositivos idênticos aos contidos na proposição em análise. Assim, o substitutivo apresentado ao final já contempla as medidas contidas nos projetos anexados.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 338/2015 na forma do Substitutivo nº 1, a seguir apresentado.

SUBSTITUTIVO Nº 1

Altera a Lei nº 12.262, de 23 de julho de 1996, que dispõe sobre a política estadual de assistência social, cria o Conselho Estadual de Assistência Social – Ceas – e dá outras providências.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – O inciso VIII do art. 13 da Lei nº 12.262, de 23 de julho de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 13 – (...)

VIII – aprovar critérios para a transferência de recursos para os fundos municipais de assistência social, considerados os planos municipais de assistência social, bem como indicadores que permitam uma distribuição mais equitativa entre as regiões, tais como população, renda *per capita*, mortalidade infantil, concentração de renda e Índice de Desproteção Social – IDS;”.

Art. 2º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – João Alberto – Cristiano Silveira – Isauro Calais.

**PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 367/2015****Comissão de Constituição e Justiça****Relatório**

De autoria do deputado Doutor Wilson Batista, o projeto de lei em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 5.153/2014, tem por objetivo assegurar aos cidadãos mineiros diagnosticados em situações clínicas suspeitas de neoplasia maligna, a realização, no prazo máximo de 30 dias, dos exames necessários para a confirmação do diagnóstico.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 13/3/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça, Saúde e Fiscalização Financeira e Orçamentária.

Vem agora a esta comissão a fim de ser examinada preliminarmente quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, conforme determina o art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O art. 1º da proposição em exame assegura aos cidadãos mineiros diagnosticados em situações clínicas suspeitas de neoplasia maligna, a realização, no prazo máximo de 30 dias, dos exames necessários para a confirmação do diagnóstico.

Já o art. 2º do projeto prevê quais são os exames de diagnósticos abrangidos pela obrigação estatal prevista no art. 1º, quais sejam biópsias a céu aberto, endoscópicas e radiológicas, exames de imagem, radiologia e endoscopia de vias aéreas e digestivas.

Por fim, a proposição prevê a competência do Poder Executivo para regulamentar a futura lei.

Em sua justificativa, o autor explica que a finalidade da proposição é possibilitar aos pacientes, com suspeita de neoplasia maligna, realizar rapidamente os exames que comprovam a sua doença, evitando o tratamento tardio, um dos principais fatores identificados pela literatura médica como causador da alta mortalidade decorrente da doença.

Aduz ainda que a aprovação da proposição tornará mais eficaz a medida implantada pela Lei Federal nº 12.732, de 2012, que assegura aos pacientes atendidos pelo SUS e diagnosticados com neoplasia maligna o direito de iniciar o tratamento da doença em até 60 dias contados do seu diagnóstico.

Apresentada essa breve síntese, passamos a opinar sobre a proposição.

Inicialmente, é necessário destacar que a proposição trata do tema proteção e defesa da saúde, matéria que se encontra no rol de competência legislativa concorrente entre a União e os estados.

Sendo assim, cabe à União editar as normas gerais e aos estados suplementá-las, exercendo a competência legislativa plena (supletiva) em caso de ausência de norma geral federal.

Quanto à iniciativa para deflagrar o processo legislativo, a matéria proteção e defesa da saúde não se encontra inserida no rol de competência privativa de determinado órgão ou agente político.

Quanto ao conteúdo da proposta, ressaltamos que o acesso à saúde é um direito social de todo cidadão (art. 6º da Constituição Federal), sendo um dever das três esferas federativas disponibilizar, de forma integrada, a infraestrutura necessária para o seu exercício (arts. 23, II, e 196 da Constituição Federal de 1988).

De forma a organizar e viabilizar esse direito, a Constituição Federal estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, fundamentado nos princípios de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade (art. 198 da Constituição Federal).

Nesse contexto, a fixação de um prazo máximo para a realização dos exames necessários para a confirmação do diagnóstico da neoplasia maligna configura-se como um procedimento necessário para a manutenção da saúde do usuário, configurando direito constitucional que deve ser resguardado pelo Estado.

Por fim, especificamente quanto ao art. 3º da proposição, registre-se que se trata de disposição desnecessária, uma vez que, por força da previsão constitucional, o Poder Executivo já possui a competência para editar decretos com o objetivo de regulamentar as leis. Sendo assim, por meio da Emenda nº 1, sugerimos a sua supressão.

Conclusão

Pelas razões expostas, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 367/2015, com a Emenda nº 1, a seguir apresentada.

EMENDA Nº 1

Suprima-se o art. 3º do projeto, renumerando-se o art. 4º.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Isauro Calais, relator – Cristiano Silveira – Antônio Jorge.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 505/2015**Comissão de Constituição e Justiça****Relatório**

A proposição em análise, de autoria do deputado Fred Costa, “obriga as empresas que comercializam produtos de limpeza de uso doméstico ou industrial no Estado de Minas Gerais a inserir nos rótulos e nas embalagens dos seus produtos foto ilustrativa de pessoas lesionadas pelo mau uso do produto e dá outras providências”.

Publicado no *Diário do Legislativo* de 19/3/2015, foi o projeto distribuído às Comissões de Constituição e Justiça, de Defesa do Consumidor e do Contribuinte e de Fiscalização Financeira e Orçamentária.

Compete, preliminarmente, a esta comissão o exame dos aspectos de juridicidade, constitucionalidade e legalidade da matéria, nos termos do disposto no art. 188, combinado com o art. 102, III, "a", do Regimento Interno.

Fundamentação

Cabe, inicialmente, ressaltar que a matéria sob análise tramitou na legislatura passada, ocasião em que esta comissão emitiu parecer por sua inconstitucionalidade, antijuridicidade e ilegalidade. Por concordarmos com os argumentos expendidos naquela oportunidade, passamos a reproduzi-los a seguir.

"A proposta em tela pretende obrigar as indústrias que comercializam material de limpeza de uso doméstico ou industrial com sede no Estado a inserir nos rótulos e nas embalagens dos seus produtos foto ilustrativa contendo pessoas vitimadas pelo seu mau uso.

É oportuno destacar que a Lei Federal nº 9.782, de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa –, dispõe, em seu art. 2º, III, que compete à União, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde. Determina, ainda, no seu art. 7º, que compete à Anvisa proceder à implementação e à execução do disposto no mencionado inciso.

Consoante o art. 2º do Regulamento da Anvisa, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16/4/99, a agência tem por finalidade promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, incumbindo-lhe, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

No uso de sua competência, a Anvisa, considerando, entre outras situações, a importância de compatibilizar a legislação nacional com base nos instrumentos normativos do Mercosul relacionados à rotulagem nutricional de alimentos embalados – Resoluções GMC nº 44/03 e 46/03 –, editou a Resolução nº 360, de 23 de dezembro de 2003, disciplinando a rotulagem nutricional de alimentos embalados. [No que se refere especificamente aos produtos de limpeza, a Anvisa editou o Regulamento Técnico para Produtos de Limpeza e Afins (RDC nº8, de 5 de Junho de 2008), cujo propósito foi regulamentar as condições para o registro dos produtos saneantes com ação de limpeza e afins.]

Dessa forma, não seria razoável estabelecer critérios de rotulagem específicos para a distribuição de produtos apenas no Estado de Minas Gerais, conforme pretendido, uma vez que a medida dificultaria o comércio interestadual. Consta-se, pois, que o estabelecimento de tais regras só poderia ser feito por meio de uma norma nacional, para evitar distorções na distribuição de produtos em todo o território federal. É importante ressaltar a decisão proferida pela excelsa Corte no julgamento da ADI 910/RJ-Rio de Janeiro, em 20 de agosto de 2003:

'Ementa: Ação Direta de Inconstitucionalidade. Obrigatoriedade de informações em embalagens de bebidas. Comércio interestadual e internacional. Existência de legislação federal. Atuação residual do Estado-membro. Impossibilidade. Ofensa ao artigo 24, V, da CF/88. Artigo 2º da Lei Estadual 2.089/93. Fixação de competência para regulamentar a matéria. Simetria ao modelo federal. Competência privativa do Governador do Estado. 1. Rótulos de bebidas. Obrigatoriedade de informações. Existência de normas federais em vigor que fixam os dados e informações que devem constar dos rótulos de bebidas fabricadas ou comercializadas no território nacional. Impossibilidade de atuação residual do Estado-membro. Afronta ao artigo 24, V, da Constituição Federal. Precedentes. 2. Delegação de competência. Inobservância do artigo 84, IV, da Carta Federal. Por simetria ao modelo federal, compete apenas ao Chefe do Poder Executivo estadual a expedição de decretos e regulamentos que garantam a fiel execução das leis. 3. Ação Direta de Inconstitucionalidade julgada procedente para declarar a inconstitucionalidade da Lei 2089, de 12 de fevereiro de 1993, do Estado do Rio de Janeiro.'"

Adicionalmente, ressaltamos que o inciso III do art. 6º da Lei Federal nº 8.078, de 1990, que dispõe sobre o Código de Defesa do Consumidor, prescreve que se trata de direito básico do consumidor receber a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam.

Dessa forma, não vislumbramos a possibilidade de esta Casa legislar sobre a matéria.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela antijuridicidade, inconstitucionalidade e ilegalidade do Projeto de Lei nº 505/2015.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Isaura Calais, relator – João Alberto – Cristiano Silveira.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 565/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Fred Costa, o projeto de lei em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 3.377/2012, "dispõe sobre a obrigatoriedade de as empresas revendedoras de pneus recolhê-los quando inutilizados ou velhos, mediante a apresentação da nota de compra ou simples verificação em banco de dados, dando a esses pneus destinação que não cause poluição ambiental, e dá outras providências".

A proposição foi publicada no *Diário do Legislativo* de 20/3/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça, de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável e de Fiscalização Financeira e Orçamentária para receber parecer, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, do Regimento Interno.

Cumpra-se examinar o projeto nos aspectos de sua juridicidade, constitucionalidade e legalidade.

Foram anexados à proposição em tela, nos termos do art. 173, § 2º, do referido regimento, os Projetos de Lei nºs 869/2015 e 1.860/2015, por conterem matéria assemelhada.



Fundamentação

A proposição em exame pretende obrigar as empresas revendedoras de pneus, no território do Estado, a recolher os pneus velhos ou inutilizados, mediante a apresentação da nota fiscal de compra ou verificação de cadastro em banco de dados. Dispõe, ainda, sobre a destinação dos pneus recolhidos para reciclagem ou remodelagem; o cadastro de consumidores a ser mantido pelas revendedoras; e as sanções decorrentes do descumprimento das obrigações que objetiva estabelecer.

Na justificação, o autor do projeto aponta para a necessidade de se aprofundar a atuação estatal em prol da preservação ambiental, especialmente no que se refere aos problemas decorrentes do descarte inadequado de pneus. Ressalta, então, a importância de se estimular metodologias de reciclagem e reaproveitamento, mencionando, a propósito, a Resolução nº 258, de 1999, do Conselho Nacional do Meio Ambiente – Conama.

Em princípio, à vista do disposto nos arts. 65 e 66 da Constituição do Estado, não vislumbramos óbice à iniciativa parlamentar na espécie.

No que se refere à competência legislativa, de acordo com os incisos V, VI, VIII e XII do art. 24 da Constituição da República, produção e consumo, conservação da natureza, proteção do meio ambiente, controle da poluição e defesa da saúde são matérias de competência legislativa concorrente. Significa isso, conforme os §§ 1º a 4º do mesmo artigo, que à União compete editar as normas gerais sobre a matéria, cabendo aos estados membros da Federação suplementar essas normas, estabelecendo disposições específicas, em função das respectivas peculiaridades, e editar suas próprias normas gerais em aspectos não regulados por lei federal.

Cumprido, pois, situar a proposição em exame no contexto do ordenamento jurídico em vigor, para que possamos avaliar corretamente o seu conteúdo.

Nesse sentido, observa-se que a Lei Federal nº 12.305, de 2010, que “institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (...) e dá outras providências”, estabelece que:

“Art. 1º – (...)”

§ 1º – Estão sujeitas à observância desta Lei as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, responsáveis, direta ou indiretamente, pela geração de resíduos sólidos e as que desenvolvam ações relacionadas à gestão integrada ou ao gerenciamento de resíduos sólidos.”

Entre os objetivos da política nacional de resíduos sólidos, destacam-se a proteção da saúde e da qualidade ambiental e a não geração, a redução, a reutilização, a reciclagem e o tratamento dos resíduos sólidos, bem como a disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, conforme o disposto no art. 7º, incisos I e II.

Outrossim, são instrumentos da política nacional de resíduos sólidos, entre outros, a coleta seletiva, os sistemas de logística reversa e outras ferramentas relacionadas à implementação da responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos, conforme o disposto no art. 8º, inciso III.

Ressalte-se o disposto nos arts. 31 e 33 da referida lei federal:

“Art. 31 – Sem prejuízo das obrigações estabelecidas no plano de gerenciamento de resíduos sólidos e com vistas a fortalecer a responsabilidade compartilhada e seus objetivos, os fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes têm responsabilidade que abrange: (...)”

III – recolhimento dos produtos e dos resíduos remanescentes após o uso, assim como sua subsequente destinação final ambientalmente adequada, no caso de produtos objeto de sistema de logística reversa na forma do art. 33; (...)”

Art. 33 – São obrigados a estruturar e implementar sistemas de logística reversa, mediante retorno dos produtos após o uso pelo consumidor, de forma independente do serviço público de limpeza urbana e de manejo dos resíduos sólidos, os fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes de: (...)”

III – pneus; (...)”

§ 3º – Sem prejuízo de exigências específicas fixadas em lei ou regulamento, em normas estabelecidas pelos órgãos do Sisnama e do SNVS, ou em acordos setoriais e termos de compromisso firmados entre o poder público e o setor empresarial, cabe aos fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes dos produtos a que se referem os incisos II, III, V e VI ou dos produtos e embalagens a que se referem os incisos I e IV do caput e o § 1º tomar todas as medidas necessárias para assegurar a implementação e operacionalização do sistema de logística reversa sob seu encargo, consoante o estabelecido neste artigo, podendo, entre outras medidas:

I – implantar procedimentos de compra de produtos ou embalagens usados;

II – disponibilizar postos de entrega de resíduos reutilizáveis e recicláveis;

III – atuar em parceria com cooperativas ou outras formas de associação de catadores de materiais reutilizáveis e recicláveis, nos casos de que trata o § 1º. (...)”

Com efeito, a política nacional de resíduos sólidos tem a logística reversa como um dos pontos fundamentais para a gestão ambientalmente adequada de resíduos no País. Destaca-se, nesse contexto, o Decreto Federal nº 7.404, de 2010, que cria o Comitê Interministerial da Política Nacional de Resíduos Sólidos e o Comitê Orientador para a Implantação dos Sistemas de Logística Reversa.

No âmbito estadual, verifica-se a existência da Lei nº 18.031, de 2009, que “dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos”, veiculando regras que se aplicam à matéria em análise.

Ressalte-se o que dispõe o art. 33 desta lei:

“Art. 33 – São obrigações dos geradores de resíduos sólidos:

I – de fabricantes e importadores:

a) adotar tecnologias que permitam reduzir, reutilizar, reaproveitar ou reciclar os resíduos sólidos especiais;



b) coletar os resíduos sólidos especiais, em articulação com sua rede de comercialização e com o poder público municipal, com a implementação da estrutura necessária para garantir o fluxo de retorno desses resíduos e dar-lhes destinação final ambientalmente adequada, sob pena de responder civil e criminalmente, nos termos da legislação ambiental; (...)

II – de revendedores, comerciantes e distribuidores:

a) articular com os fabricantes e importadores e com o poder público municipal a coleta e a implementação da estrutura necessária para garantir o fluxo de retorno dos resíduos sólidos especiais e dar-lhes destinação final ambientalmente adequada, sob pena de responder civil e criminalmente, nos termos da legislação ambiental;

b) garantir o recebimento dos resíduos sólidos especiais, criar e manter locais destinados a sua coleta e informar ao consumidor a localização desses postos;

III – de consumidores, após a utilização do produto, efetuar a entrega dos resíduos sólidos especiais aos comerciantes e distribuidores ou destiná-los aos postos de coleta.”

Por fim, o Decreto nº 45.181, de 2009, que regulamenta a citada Lei nº 18.031, atribui ao Conselho Estadual de Política Ambiental, nos termos do seu art. 17, competência para estabelecer prazos e condições para o cumprimento das obrigações de que trata o art. 33 da Lei nº 18.031, relativamente a pneus, pilhas e baterias, lâmpadas e equipamentos eletroeletrônicos, bem como outros resíduos especiais que o conselho venha, a seu critério, indicar.

Como se constata, a legislação pertinente adotou de forma ampla o princípio da responsabilidade do fabricante ou importador, bem como do revendedor, comerciante ou distribuidor, de dar destinação final ambientalmente adequada para qualquer resíduo sólido que necessite de procedimento especial para seu descarte na natureza, entre os quais se inserem os pneumáticos.

Cumpra registrar, ademais, que, no âmbito do Sistema Nacional do Meio Ambiente – Sisnama –, instituído pela Lei nº 6.938, de 1981, que “dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente”, o Conama, órgão consultivo e deliberativo desse sistema, baixou a Resolução nº 416, de 30 de setembro de 2009, que “dispõe sobre a prevenção à degradação ambiental causada por pneus inservíveis e sua destinação ambientalmente adequada”, revogando a Resolução nº 258, de 1999.

Nos termos da resolução em vigor:

“Art. 1º – Os fabricantes e os importadores de pneus novos, com peso unitário superior a 2,0 kg (dois quilos), ficam obrigados a coletar e dar destinação adequada aos pneus inservíveis existentes no território nacional, na proporção definida nesta Resolução.

§ 1º – Os distribuidores, os revendedores, os destinadores, os consumidores finais de pneus e o Poder Público deverão, em articulação com os fabricantes e importadores, implementar os procedimentos para a coleta dos pneus inservíveis existentes no País, previstos nesta Resolução.”

A resolução dispõe ainda sobre os conceitos de pneu ou pneumático; pneu novo; pneu usado; pneu reformado; pneu inservível; destinação ambientalmente adequada de pneus inservíveis; ponto de coleta e central de armazenamento. De acordo com a norma, os fabricantes, importadores, reformadores e os destinadores de pneus inservíveis deverão se inscrever no Cadastro Técnico Federal – CTF –, do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – Ibama. Os fabricantes e importadores de pneus novos deverão declarar ao Ibama, numa periodicidade máxima de um ano, por meio do CTF, a destinação adequada dos pneus inservíveis estabelecida no art. 3º da resolução. O não cumprimento desse dispositivo poderá acarretar a suspensão da liberação de importação. Igualmente, os destinadores também deverão comprovar periodicamente junto ao CTF do Ibama, numa periodicidade máxima de um ano, a destinação de pneus inservíveis, devidamente licenciada pelo órgão ambiental competente. Outro aspecto relevante é a elaboração de um plano de gerenciamento de coleta, armazenamento e destinação de pneus inservíveis, que deve conter diversos requisitos estabelecidos no § 1º do art. 7º, no tocante a coleta, armazenamento, destinação, programas educativos e licenças ambientais. A resolução veda o armazenamento de pneus a céu aberto, bem como a disposição final de pneus no meio ambiente, tais como o abandono ou lançamento em corpos de água, terrenos baldios ou alagadiços, a disposição em aterros sanitários e a queima a céu aberto.

Enfim, a edição de lei nova só se justifica quando promove inovação no ordenamento jurídico, o que não ocorre com o projeto em apreço, razão pela qual a proposição afigura-se carente de requisito de juridicidade essencial à sua válida tramitação nesta Casa Legislativa.

Observamos, por fim, que os Projetos de Lei nºs 869 e 1.860, de 2015, anexados à proposição em exame, buscam, por outras palavras, disciplinar a matéria, que, conforme demonstrado, já se encontra regulada, de forma abrangente, por normas federais e estaduais.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela antijuridicidade, inconstitucionalidade e ilegalidade do Projeto de Lei nº 565/2015.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Cristiano Silveira, relator – João Alberto – Isauro Calais.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 804/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Fred Costa, a proposição em epígrafe, fruto do desarquivamento do Projeto de Lei nº 3.215/2012, dispõe sobre a exibição, antes das sessões de cinema no Estado, de filme publicitário de advertência contra a pedofilia e a prática de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Publicada no *Diário do Legislativo* de 2/4/2015, a matéria foi distribuída às Comissões de Constituição e Justiça, do Trabalho, da Previdência e da Ação Social e de Fiscalização Financeira e Orçamentária.



Cabe a este órgão colegiado analisar a proposição ora apresentada, preliminarmente, quanto à juridicidade, constitucionalidade e legalidade, nos termos do art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Em cumprimento do disposto no art. 173, § 2º, do Regimento Interno, foi anexado à proposição o Projeto de Lei nº 1.225/2015, de autoria do deputado Sargento Rodrigues, que “dispõe sobre a exibição de filme publicitário de advertência contra a pedofilia, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes antes de cada sessão nos cinemas do Estado”.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 804/2015 pretende obrigar os estabelecimentos de cinema de todo o Estado a exibir filmes publicitários de advertência contra a pedofilia, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes anteriormente ao início de cada sessão (art. 1º).

A proposição determina ainda que os filmes publicitários deverão mencionar o serviço executado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – Disque 100 –, disponibilizado para recebimento de denúncias de transgressões aos direitos da criança e do adolescente (art. 2º).

Além disso, o projeto prevê a aplicação ao infrator de multa no valor a ser arbitrado com base em legislação competente e, em caso de reincidência, a suspensão do alvará de funcionamento até o cumprimento da lei (art. 3º).

O autor justifica a apresentação da proposição sob o fundamento de que, embora, atualmente, diversas campanhas tenham sido desenvolvidas por entidades e grupos de nossa sociedade com a finalidade de combater a pedofilia e a prática de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, é importante que as campanhas não sejam meramente temporárias, considerando-se o grande número de ocorrências em todo o País.

Ressalta ainda que, apesar das diversas campanhas contra a pedofilia, abuso e exploração sexual do menor, os dados são preocupantes, razão pela qual a presente proposição teria o efeito de inibir a prática do crime, alertando toda a população do Estado quanto ao Disque 100, contribuindo, assim, para a preservação da integridade física e moral da criança e do adolescente.

As matérias atinentes ao projeto em referência relacionam-se não apenas à proteção à infância e à juventude, como também à proteção e defesa da saúde, além de à própria educação (incisos XV, XII e IX do art. 24 da Constituição da República), de tal modo que se infere a competência concorrente entre União, estados, Distrito Federal e municípios.

Ressalte-se, primeiramente, a importância do tema principal afeto à presente proposição, notadamente por envolver temática que se relaciona com a proteção da criança e do adolescente. A preocupação com o assunto propiciou, no seio da Assembleia Constituinte, a constitucionalização da ideia protetiva das crianças e dos adolescentes e da base jurídico-principiológica que deve nortear as ações públicas e privadas em prol da defesa de sua integridade física e moral. Nesse diapasão, averba o art. 227: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Infere-se, pois, da sistemática constitucional relacionada à família, à criança, ao adolescente e ao idoso (Capítulo VII do Título VII, “Ordem Social”), que, ainda que seja dever da família e da sociedade assegurar a proteção dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, a responsabilidade pela implementação das correspondentes medidas protetivas e das políticas públicas pertinentes é notadamente do poder público.

Nesse contexto, por dispor sobre campanha publicitária de combate à pedofilia, o projeto em análise apresenta-se como um mecanismo relacionado a programa de governo, tanto é que a proposição determina em seu art. 2º que os filmes publicitários deverão mencionar que as atividades foram executadas pelas correspondentes secretarias nos âmbitos federal e estadual. Contudo, a criação de programa de governo por meio de lei em sentido formal e material não se constitui em instrumento jurídico hábil, considerando-se que a instituição e a definição de políticas públicas inserem-se no âmbito da competência do Poder Executivo, em conformidade com o sistema jurídico-constitucional, razão pela qual se demonstra inconstitucional a utilização da via legislativa. Tratar-se-ia, assim, de medida inócua, tendo em vista que estaria obrigando o Poder Executivo a cumprir um papel que, constitucionalmente, já se insere no âmbito de suas atribuições.

Nesse sentido, baseado na consideração de que o arcabouço jurídico e constitucional se funda na consagração do princípio da separação entre os Poderes, insculpido no art. 2º da Constituição da República, de modo que a cada Poder são atribuídas aquelas funções definidas no próprio texto constitucional, o Supremo Tribunal Federal decidiu, na Questão de Ordem na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 224 (ADIQO 224/RJ), que devem ser submetidos ao Poder Legislativo apenas os programas expressamente previstos na Constituição, bem como aqueles que impliquem a realização de investimentos ou despesas para os entes políticos, os quais já se encontram inseridos nos orçamentos correspondentes, conforme dispõem os arts. 48, IV, e 165, §§ 1º e 4º.

Nessa linha de raciocínio, não está sendo excluída a participação do Poder Legislativo na discussão e gestão das políticas públicas que serão implementadas no Estado. Contudo, a participação legislativa e parlamentar na gestão administrativa do Estado e de suas políticas públicas, no contexto do sistema de freios e contrapesos, ocorre quando da apreciação, discussão e alteração da Lei Orçamentária Anual (LOA), momento em que poderão ser apresentadas emendas pelos deputados estaduais, de modo a criar ou ampliar programas já existentes pela via legislativa própria.

Aliado ao que se disse, acrescenta-se que a instituição de obrigação dirigida aos estabelecimentos privados que acarrete ônus excessivo aos particulares, como pretende o projeto, constitui-se como ingerência indevida e desproporcional no livre exercício de atividades econômicas, em desrespeito ao disposto no parágrafo único do art. 170 da Constituição da República.

Sobre esse ponto, deve-se destacar que o próprio projeto não regulamenta o modo de exibição dos filmes publicitários, além de não mencionar o responsável por sua elaboração, demonstrando, mais uma vez, que a proposição cria obrigação que não guarda pertinência com as atividades comerciais desenvolvidas pelos estabelecimentos privados, além de onerar excessivamente o particular.

Além disso, considerando-se que se trata de instrumentos de implementação de política pública, compete ao Estado arcar com os custos decorrentes da produção e divulgação das campanhas e dos filmes publicitários, cujos meios de exibição serão definidos pelo



próprio Estado, mediante a utilização de recursos previstos no orçamento e provenientes do erário. A definição, pois, dos meios de divulgação e de exibição das campanhas publicitárias insere-se no âmbito da competência do Estado, o qual terá condições de avaliar, fundado na conveniência e oportunidade, qual é a melhor medida para atingir o resultado final, voltado à satisfação do interesse público.

Há de se destacar, ainda, que, como se trata de uma política pública, compete ao Poder Executivo, e não ao Legislativo, decidir sobre o melhor instrumento para sua efetivação, o qual poderá se realizar por meio de campanhas publicitárias nas rádios e nas televisões, por exibição de filmes em cinemas, por campanhas educativas nas escolas, ou qualquer outra medida que o Poder Executivo julgue oportuna e conveniente ao interesse público, desde que não seja criado ônus direto aos particulares, que já terão contribuído em virtude da tributação que lhes é imposta.

Nesse diapasão, foi aprovada nesta Casa a Lei nº 18.366, de 1º de setembro de 2009, que institui a semana de combate à pedofilia, a ser realizada anualmente, na segunda semana do mês de maio, na qual o poder público promoverá atividades educativas de conscientização e orientação sobre o combate à pedofilia.

Oportuno registrar que esta comissão já se manifestou sobre assunto similar ao analisar o Projeto de Lei nº 1.407/2007, que dispõe sobre a obrigatoriedade da exibição, nos cinemas do Estado de Minas Gerais, de filmes publicitários destinados à conscientização sobre a escassez dos recursos hídricos, momento em que concluiu por sua antijuridicidade, inconstitucionalidade e ilegalidade.

Finalmente, por força da Decisão Normativa da Presidência nº 12, de 2003, esta Comissão também deve manifestar-se sobre o Projeto de Lei nº 1.225/2015, anexado à proposição. Sendo assim, ressaltamos que, por se tratar de matéria análoga à principal, a ela se aplicam os mesmos argumentos acima expostos.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela antijuridicidade, inconstitucionalidade e ilegalidade do Projeto de Lei nº 804/2015.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Isauro Calais, relator – João Alberto – Cristiano Silveira.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 904/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

A proposição em epígrafe, de autoria do deputado Gil Pereira, fruto do desarquivamento do Projeto de Lei nº 1.046/2011, “dispõe sobre a prorrogação voluntária da licença-maternidade e dá outras providências”.

Publicado no *Diário do Legislativo* de 9/4/2015, foi o projeto distribuído a esta comissão, nos termos do disposto no art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno, para receber parecer quanto aos aspectos de sua juridicidade, constitucionalidade e legalidade.

Fundamentação

O projeto de lei em análise pretende assegurar à empresa domiciliada no Estado a concessão voluntária, por mais 60 dias, da licença-maternidade prevista no art. 7º, XVIII, da Constituição da República.

Nos termos da proposta, a funcionária cuja licença-maternidade for estendida pelo período mencionado terá direito à remuneração integral, sendo que a empresa empregadora, em contrapartida, fará jus a um incentivo de natureza fiscal correspondente ao valor dos salários despendidos.

A adesão das pessoas jurídicas de direito privado ao programa previsto pela norma viria a efetivar-se de forma voluntária. O art. 5º da proposição, por sua vez, autoriza o Poder Executivo a instituir o Selo Empresa Cidadã, a ser conferido à empresa que aderir ao programa.

Segundo o autor do projeto, as medidas propostas têm respaldo na Organização Mundial de Saúde – OMS – e na Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP –, que consideram a presença da mãe junto à criança fundamental para a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido.

Atualmente, a matéria está regulada pela Lei Federal nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, por meio da qual se cria o programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar por 60 dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do *caput* do art. 7º da Constituição da República, garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao programa, desde que a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade garantida constitucionalmente. Ademais, nos termos do art. 2º da referida lei, a administração pública, direta, indireta e fundacional está autorizada a instituir programa que garanta prorrogação da licença-maternidade para suas servidoras. Em contrapartida, a pessoa jurídica tributada com base no lucro real poderá deduzir do imposto devido, em cada período de apuração, o total da remuneração integral da empregada pago nos 60 dias de prorrogação de sua licença-maternidade, vedada a dedução como despesa operacional (art. 5º da citada Lei nº 11.770, de 2008). Como percebemos, a referida lei contempla as empresas e as trabalhadoras do Estado de Minas Gerais, por tratar-se de legislação de caráter nacional.

A propósito, no âmbito do Estado, a Lei nº 18.879, de 27 de maio de 2010, dispõe sobre a prorrogação, por 60 dias, da licença-maternidade, no âmbito da administração pública direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo estadual. Nesta Casa Legislativa, a Deliberação nº 2441, de 9 de março de 2009, institui programa para prorrogação da licença-maternidade e regulamenta a licença-paternidade no âmbito da Assembleia Legislativa.

Não vislumbramos, sob esse aspecto, a perspectiva de uma tramitação, nesta Casa Legislativa, da proposta em comento, de conteúdo similar, uma vez que estaríamos a dispor sobre normas que afetam diretamente as relações trabalhistas, as quais, segundo a Carta da República, devem ser editadas privativamente pela União, nos termos do inciso I do art. 22 da Constituição da República.



A edição, pelo ente federado, de legislação dessa natureza estaria a promover uma ruptura do princípio federativo. A Constituição da República foi taxativa quando da repartição das competências legislativas, atribuindo privativamente à União a prerrogativa de dispor sobre matérias que tenham como conteúdo o direito do trabalho (art. 22, I), conforme ocorre no caso em análise.

Segundo a melhor doutrina, o princípio que orienta a repartição das competências legislativas entre a União, os estados membros, o Distrito Federal e os municípios leva em conta a predominância do interesse jurídico – nacional, regional ou local –, sendo certo que as questões que dizem respeito às relações entre empregados e empregadores devem ser tratadas por normas de prevalência em todo o território nacional.

Além disso, o projeto em tela apenas faz alusão aos possíveis benefícios de natureza fiscal que seriam conferidos às empresas que viessem a aderir ao programa que pretende instituir, não apresentando um estudo do impacto das medidas no orçamento do Estado e muito menos a indicação dos mecanismos de compensação relativos à perda de receita decorrente da concessão do benefício fiscal, conforme a exigência constante no art. 14 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal.

Entendemos ser meritória a iniciativa do autor do projeto, embora este padeça de vícios de juridicidade e de constitucionalidade que inviabilizam sua tramitação nesta Casa.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela antijuridicidade, inconstitucionalidade e ilegalidade do Projeto de Lei nº 904/2015.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Cristiano Silveira, relator – Isauro Calais – João Alberto.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 1.088/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Sávio Souza Cruz, a proposição em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 5.205/2014, tem por objetivo dar nova redação ao art. 2º da Lei nº 18.707, de 7 de janeiro de 2010.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 17/4/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Fiscalização Financeira e Orçamentária.

Cabe a este órgão colegiado o exame preliminar dos aspectos jurídico, constitucional e legal da proposição, nos termos dos arts. 188 e 102, inciso III, do Regimento Interno.

Em 3/6/2015, este relator solicitou que a proposição fosse encaminhada, nos termos do art. 301 do Regimento Interno, à Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais, a fim de que esse órgão se manifestasse sobre a alteração pretendida.

Atendida a solicitação, passamos à análise da matéria.

Fundamentação

A Lei nº 18.707, de 7/1/2010, autorizou o Poder Executivo a doar à Universidade do Estado de Minas Gerais – Uemg – imóvel com área de 322.208m², a ser desmembrado de uma área total de 436.165,23m², situado na Rua Luiz Delben, no Bairro Roman, no Município de Barbacena, para a construção de câmpus universitário nesse município. O art. 2º dessa norma determinava que o imóvel reverteria ao patrimônio do doador se, findo o prazo de cinco anos contados da lavratura da escritura pública de doação, não lhe tivesse sido dada a destinação prevista.

O Projeto de Lei nº 1.088/2015 dá nova redação ao art. 2º da referida lei a fim de estabelecer o prazo de dez anos, contados da lavratura da escritura pública de doação, para que seja cumprida a finalidade da doação, ou seja, para a construção do câmpus da Uemg, em Barbacena.

Chamada a se manifestar sobre a matéria, a Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais enviou a Nota Técnica nº 33/2015, da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, manifestando-se favoravelmente à pretensão da proposição em exame, uma vez que a dilação do prazo garantirá a efetivação do objetivo da doação do referido imóvel ao Município de Barbacena, atendendo, principalmente, ao interesse da população local.

Ressalte-se que a proteção do interesse coletivo é princípio de observância obrigatória pela administração do Estado, pois no trato da coisa pública deve preponderar o que é conveniente para a coletividade. Desse modo, nas proposições em que esta Casa autoriza a alienação de bens estaduais, assim como em suas alterações, observam-se o art. 18 da Constituição do Estado e o art. 17 da Lei Federal nº 8.666, de 1993, que determinam, entre outras, a necessidade da existência de interesse público, previsto tanto na cláusula de destinação como na de reversão.

Embora não haja óbice à tramitação do projeto de lei em análise, apresentamos, no final deste parecer, o Substitutivo nº 1, que concede ao donatário do imóvel de que trata a Lei nº 18.707, de 2010, o prazo de dez anos, contados da data de publicação da nova lei, para a construção do câmpus da Uemg no Município de Barbacena, estabelece a reversão do bem se, no novo prazo estabelecido, não lhe for dada a destinação prevista e revoga a cláusula de reversão anterior, contida no art. 2º da Lei nº 18.707, de 2010, cujo prazo, provavelmente, já expirou.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 1.088/2015 na forma do Substitutivo nº 1, a seguir apresentado.

SUBSTITUTIVO Nº 1

Concede prazo ao donatário do imóvel de que trata a Lei nº 18.707, de 7 de janeiro de 2010, que autoriza o Poder Executivo a doar à Universidade do Estado de Minas Gerais – Uemg – o imóvel que especifica.



A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Fica concedido ao donatário do imóvel de que trata a Lei nº 18.707, de 7 de janeiro de 2010, o prazo de dez anos, contados da data de publicação desta lei, para a construção do câmpus da Uemg no Município de Barbacena.

Art. 2º – O imóvel de que trata a Lei nº 18.707, de 2010, reverterá ao patrimônio do Estado se, findo o prazo estabelecido no art. 1º, não lhe tiver sido dada a destinação prevista.

Art. 3º – Fica revogado o art. 2º da Lei nº 18.707, de 2010.

Art. 4º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Isauro Calais, relator – Cristiano Silveira – João Alberto.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 1.261/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Fred Costa, o projeto de lei em epígrafe dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado “Teste da Linguinha” no Estado de Minas Gerais.

A matéria foi publicada no *Diário do Legislativo* de 1º/5/2015 e distribuída às Comissões de Constituição e Justiça e de Saúde.

Preliminarmente, vem a matéria a esta comissão para receber parecer sobre sua juridicidade, constitucionalidade e legalidade, nos termos do art. 188, combinado com art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

A proposição visa a obrigar os hospitais da rede pública e privada do Estado a realizarem, gratuitamente, o exame denominado “Teste da Linguinha” realizado antes de ser concedida alta médica para liberação do recém-nascido. O projeto em análise exige, ainda, que o referido exame seja realizado por fonoaudiólogo ou profissional de saúde capacitado.

O “Teste da Linguinha” detecta alterações no frênulo lingual do bebê que podem comprometer o desenvolvimento da infância à vida adulta, interferindo nos atos de sugar, mastigar e falar. Ele consiste na verificação manual da posição e do comprimento desse frênulo. Sua execução, portanto, é simples, rápida e indolor, o que justificaria sua implementação como um simples exame de rotina.

No entanto, obrigar os hospitais a realizar esse teste é satisfazer uma nova demanda pela inserção de novos procedimentos e tecnologias no sistema público de saúde. Muitas vezes, essas demandas não são precedidas por uma avaliação criteriosa do custo-benefício para a saúde coletiva, que deve ser analisado com base em evidências científicas, principalmente se partem de um sistema público de saúde, de acesso universal, como é o caso do Sistema Único de Saúde – SUS. Por esse motivo, é imprescindível a avaliação das implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas quando da incorporação de novas tecnologias em saúde.

Para a comercialização de tecnologia de saúde no País, é necessária a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa –, que demanda informações quanto à sua segurança, benefício, indicação de uso e preço a ser praticado no mercado. Uma vez autorizada, a incorporação da tecnologia no SUS é regulamentada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que leva em consideração dados como o perfil epidemiológico da população a ser beneficiada pela tecnologia, infraestrutura necessária para uma adequada assistência, estimativa de custo e cobertura a ser oferecida.

A Lei Federal nº 12.401, de 28/4/2011, acrescentou à Lei Federal nº 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, o Capítulo VIII, para tratar da assistência terapêutica e da incorporação de Tecnologia em Saúde. Segundo o novo capítulo, a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. A incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso e a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, também no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

No caso dos exames a serem aplicados em recém-nascidos, cumpre registrar que a triagem neonatal – teste do pezinho – foi incorporada ao Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 22, de 15/1/1992. Essa portaria determinava a obrigatoriedade do teste do pezinho e a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito em todos os recém-nascidos vivos. O procedimento foi então incluído na tabela SIA/SUS na seção de Patologia Clínica e oferecido na rede pública ou nos laboratórios credenciados no sistema.

Em 2001, a Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, reavaliou a triagem neonatal do SUS, o que culminou na criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN – por meio da Portaria GM/MS nº 822, de 6/6/2001. Entre os principais objetivos do programa, destacam-se a ampliação da gama de patologias triadas (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase) e a cobertura de 100% dos nascidos vivos. De acordo com o programa, o processo de triagem neonatal deve incluir a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes. Dessa forma, o PNTN criou mecanismos para que se alcance a meta de prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas. Além do diagnóstico de doenças genéticas ou congênitas de triagem biológica, o programa também abrange a triagem neonatal auditiva e a triagem neonatal ocular.

A inclusão de exames na triagem neonatal é baseada em rigorosos critérios técnicos e evidências científicas que levam em conta, entre outros aspectos, a frequência de determinada doença na população, o aparecimento de manifestações clínicas precoces, a



possibilidade de detecção precoce por meio de testes seguros e confiáveis, a possibilidade de tratamento, os benefícios gerados à saúde pública pelos exames e a existência de custo-benefício economicamente viável e socialmente aceitável.

Em 2013, o Ministério da Saúde disponibilizou em seu site a Consulta Pública nº 18, para colher sugestões fundamentadas em referências científicas para o aprimoramento da minuta de portaria que reformulará o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN. Após a consulta e os estudos realizados, o Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência e o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, por meio de grupo técnico-científico criado especificamente para elaborar a referida reformulação do PNTN, elaborarão a versão final consolidada da nova portaria do PNTN. Percebe-se, portanto, que o Ministério da Saúde, pela relevância da matéria, entende ser necessário o envolvimento de diversos atores e da comunidade científica na reformulação e ampliação da política.

Saliente-se ainda que a matéria é disciplinada por meio de ato infralegal, o que, a toda evidência, se mostra mais adequado, tendo em vista os diversos fatores técnicos e conjunturais que podem acarretar mudanças no catálogo de doenças arroladas no Programa. Fosse a matéria normatizada por via legal, haveria notória inadequação entre o instrumento normativo e a natureza do objeto nele contido. De fato, a natureza perene das disposições de uma lei torna-a refratária à disciplina normativa de questões sujeitas ao influxo de fatores técnicos, conjunturais e tecnológicos. A eventual necessidade de alteração do catálogo de doenças neonatais, com a introdução de novas doenças no Programa Nacional de Triagem, colocaria a lei em descompasso com a realidade. Ademais, alguns exames podem tornar-se obsoletos com o avanço tecnológico.

Nem é preciso lembrar que, pelo princípio do paralelismo das formas, um ato legislativo só poderá ser alterado por outro ato legislativo, exigindo-se, pois, a deflagração do processo de elaboração legislativa para promover a adequação da lei à nova realidade, com todas as delongas próprias desse procedimento. Já o ato infralegal, no caso uma portaria do Ministério da Saúde, seria o mais apropriado para disciplinar a matéria, dada sua maior flexibilidade e capacidade de atender a novas demandas normativas. Verifica-se, com isso, que não se trata de conteúdo a ser tratado pelo Poder Legislativo.

Cabe esclarecer, ainda, que, apesar de a competência para legislar sobre a proteção da saúde ser concorrente e abranger estados, municípios e União, dispõe o Texto Constitucional que é atribuição da União estabelecer as normas gerais sobre a matéria. No caso em análise, o tema já se encontra, como visto, tratado por dispositivos normativos da União, publicados pelo Ministério da Saúde. Não há, portanto, espaço para a competência residual do estado em legislar sobre a temática.

E, por fim, é importante destacar que a obrigatoriedade da realização de exames em recém-nascidos implicará investimentos ou despesas para o Estado que devem estar previamente inseridos no respectivo orçamento. Nos termos da Constituição Federal, a assistência à saúde será garantida por meio do Sistema Único de Saúde, a ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, sendo livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma complementar, segundo as diretrizes estabelecidas pelo SUS, mediante contrato de direito público ou convênio.

Ademais, a Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101, de 2000, no seu art. 15, é taxativa, ao considerar não autorizadas, irregulares e lesivas ao patrimônio público a geração de despesa ou a assunção de obrigação que não atendam às exigências estabelecidas no art. 16 da mesma lei, que prevê que a criação, a expansão ou o aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento de despesa deverão ser acompanhados de estimativa do impacto financeiro-orçamentário tanto no exercício em que deverão entrar em vigor quanto nos dois exercícios subsequentes.

Em síntese, uma lei que determine a realização de exames em recém-nascidos não deve prosperar nesta Casa por não inovar o ordenamento jurídico, invadir competência reservada à União, tratar de conteúdo que não pode ser objeto de lei em sentido formal e, finalmente, por ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela antijuridicidade, inconstitucionalidade e ilegalidade do Projeto de Lei nº 1.261/2015.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Cristiano Silveira, relator – Isauro Calais – João Alberto.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 1.683/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Gustavo Corrêa, o projeto de lei em epígrafe, resultante do desarquivamento do Projeto de Lei nº 807/2011, “dispõe sobre a obrigatoriedade de prestação de orientações de segurança e procedimentos de emergência nos recintos onde são realizados eventos que reúnam o público em geral”.

Publicado no *Diário do Legislativo* de 28/5/2015, foi o projeto distribuído às Comissões de Constituição e Justiça, de Segurança Pública e de Fiscalização Financeira e Orçamentária.

Em cumprimento do disposto no art. 173, § 2º, do Regimento Interno, foi anexado à proposição o Projeto de Lei nº 2.263/2015, de autoria do deputado Fred Costa, que “determina aos estabelecimentos de uso coletivo em ambientes fechados a afixação em local visível de cópia do laudo de vistoria do Corpo de Bombeiros e informação sobre a capacidade de lotação de pessoas e dá outras providências”.

Preliminarmente, vem o projeto a esta comissão para ser apreciado quanto aos aspectos jurídico, constitucional e legal, em conformidade com o disposto no art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

O projeto em análise, nos termos de seu art. 1º, pretende tornar obrigatória a orientação sobre os procedimentos de emergência e as normas de segurança em eventos realizados em ambientes fechados que reúnam o público em geral.



Inicialmente, cumpre destacar que projeto tratando desse mesmo tema foi analisado por esta comissão em legislaturas anteriores (Projetos de Lei nºs 807/2011 e 468/2007), ocasiões em que foram exarados pareceres concluindo pela constitucionalidade da matéria. Tendo em vista que não houve inovação no ordenamento jurídico que justifique uma reinterpretção da matéria, passamos a reproduzir, basicamente, os argumentos utilizados nessas ocasiões:

“O projeto de lei em análise busca criar condições para a segurança pública, medida que configura dever do Estado e um de seus objetivos prioritários, além de direito e responsabilidade de todos. Como finalidade precípua do exercício da segurança pública está a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio (arts. 2º, inciso V, e 136, da Constituição do Estado).

Falar em incolumidade das pessoas é falar sobre a saúde delas. Assim, há que ressaltar a competência concorrente da União, dos estados e do Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde, conforme estabelece o inciso XII, *in fine*, do art. 24 da Carta Magna. À União cabe legislar sobre normas gerais, haja vista o disposto no § 1º do referido artigo.

Atendendo a esse comando constitucional, foi editada a Lei Federal nº 8.080, de 1990, norma geral da União no campo da saúde, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

O fornecimento de orientações sobre os procedimentos de emergência e as normas de segurança para o ambiente fechado onde esteja sendo realizado evento que reúna público vai ao encontro dos objetivos constitucionais e legais que militam em benefício da proteção e da defesa da saúde humana, o que implica a preservação da incolumidade da pessoa.

Diante desses argumentos, não vislumbramos óbices de natureza jurídica, constitucional e legal à tramitação do projeto nesta Casa.

Todavia, já existe no ordenamento estadual a Lei nº 14.130, de 2001, que dispõe sobre a prevenção contra incêndio e pânico no Estado e dá outras providências. Com respaldo no princípio da consolidação das normas e na técnica legislativa, o tratamento da matéria objeto da proposição em análise deve ser introduzido no texto da lei mencionada. O art. 6º da referida lei dispõe que é obrigatória a presença de responsável técnico, na forma estabelecida em regulamento pelo Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais – CBMMG –, em evento público realizado no Estado. Como vemos, esse dispositivo é o que se mostra mais indicado para recepcionar o conteúdo de que trata o projeto em análise. Assim, por meio do Substitutivo nº 1, acrescentamos parágrafo ao artigo destacado, estabelecendo que, antes do início de eventos que reúnam público em ambientes fechados, serão fornecidas orientações sobre os procedimentos de emergência e as normas de segurança para o local, a localização dos extintores de incêndio e das saídas de emergência, além de outras informações destinadas à prevenção de acidentes e pânico”.

Por força da Decisão Normativa da Presidência nº 12, de 2003, esta comissão também deve manifestar-se sobre o projeto de lei anexado à proposição. Sendo assim, ressaltamos que o Projeto de Lei nº 2.263/2015 não inova no mundo jurídico, uma vez que o art. 5º da Lei nº 14.130, de 2001, prevê que será afixado na parte externa da edificação ou do espaço destinado a uso coletivo referidos no parágrafo único do art. 1º o laudo de vistoria e liberação para seu funcionamento, emitido pelo CBMMG, sob pena de interdição imediata do estabelecimento. Assim, o objetivo da proposta já encontra previsão na legislação em vigor.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 1.683/2015 na forma do Substitutivo nº 1, a seguir apresentado.

SUBSTITUTIVO Nº 1

Acrescenta parágrafo ao art. 6º da Lei nº 14.130, de 19 de dezembro de 2001, que dispõe sobre a prevenção contra incêndio e pânico no Estado.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – O art. 6º da Lei nº 14.130, de 19 de dezembro de 2001, fica acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 6º – (...)

Parágrafo único – Antes do início de eventos que reúnam público em ambientes fechados, serão fornecidas orientações sobre os procedimentos de emergência, as normas de segurança para o local e a localização dos extintores de incêndio e das saídas de emergência, além de outras informações destinadas à prevenção de acidentes e pânico.”

Art. 2º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Isauro Calais, relator – Professor Neivaldo – Glaycon Franco.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 2.227/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria do deputado Cabo Júlio, o Projeto de Lei nº 2.227/2015 “proíbe o porte de arma branca no Estado e dá outras providências.”

Publicado no *Diário do Legislativo* de 27/6/2015, foi o projeto distribuído às Comissões de Constituição e Justiça, de Segurança Pública e de Fiscalização Financeira e Orçamentária, para parecer.

Compete a esta comissão pronunciar-se sobre os aspectos de juridicidade, constitucionalidade e legalidade da matéria, conforme o disposto no art. 188, combinado com o art. 102, III, “a”, do Regimento Interno.

Fundamentação

A proposição em análise pretende proibir o porte de arma branca no Estado. Para tanto, define o que deve ser entendido por arma branca, bem como as hipóteses em que o transporte desse artefato é permitido. Em seguida, prevê a incidência de multa para o caso de



descumprimento de seu mandamento e determina que o valor arrecadado com a sanção seja recolhido ao Fundo Penitenciário Estadual, criado pela Lei nº 11.402, de 14 de janeiro de 1994.

Firmada essas premissas, é de se assinalar que a proposição pretende veicular medidas que busquem o incremento da segurança pública no Estado, haja vista que a arma branca pode ser empregada para a prática de crimes contra a pessoa e contra o patrimônio.

A Constituição Federal estabelece, por um lado, que a segurança pública é dever do Estado brasileiro, e cuja realização demanda atuação dos diferentes entes federados; de outra banda, a Carta outorga competência legislativa ao estado membro para dispor legislativamente sobre os temas que não foram expressamente outorgados à competência federal ou municipal, conforme o disposto no art. 144, *caput*, combinado com o art. 25, § 1º.

Por seu turno, a Constituição do Estado, no art. 2º, V, estabelece que, entre os objetivos prioritários do Estado, está a criação de condições para a segurança e a ordem públicas.

Daí, conclui-se que cabe ao Estado legislar sobre a vedação de porte de instrumentos perfurantes ou perfuro-cortantes, como medida preventiva para tentar diminuir a prática de crimes com o emprego de tais artefatos.

Portanto, inexistente vedação constitucional a que o Estado trate da matéria mediante lei, devendo a proposta ser apreciada por esta Casa Legislativa, nos termos do que dispõe o art. 61, XIX, da Constituição Mineira.

Não se vislumbra, ademais, vício no que tange à inauguração do processo legislativo, pois a matéria de que cogita a proposição não se encontra arrolada entre as de iniciativa privativa, previstas no art. 66 da Constituição do Estado.

Entretanto, buscando aperfeiçoar a redação do projeto, apresentamos ao final deste parecer o Substitutivo nº 1.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.227/2015 na forma do Substitutivo nº 1, a seguir apresentado.

SUBSTITUTIVO Nº 1

Proíbe o porte de arma branca no Estado e dá outras providências.

A Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais decreta:

Art. 1º – Fica proibido o porte de arma branca no Estado.

Parágrafo único – Para os fins desta lei, considera-se arma branca o artefato cortante ou perfurante usualmente destinado à ação ofensiva, como faca, punhal, espada, florete, espadim ou similar, cuja lâmina tenha dez centímetros, ou mais, de comprimento.

Art. 2º – Não configura o porte de arma branca:

I – o transporte do artefato novo, na embalagem original;

II – o transporte do artefato em bolsas, malas, sacolas ou similares;

III – o transporte do artefato em veículos, desde que acondicionados em mala ou caixa de ferramentas;

IV – o transporte do artefato em razão de atividade econômica desempenhada pelo transportador.

Art. 3º – O descumprimento da norma prevista no art. 1º sujeitará o infrator às seguintes sanções:

I – apreensão do artefato;

II – multa, no valor de 900 Ufems (novecentas Unidades Fiscais do Estado de Minas Gerais), a ser recolhida ao Fundo Penitenciário Estadual, nos termos do disposto no art. 3º, IX da Lei nº 11.402, de 14 de janeiro de 1994.

Art. 4º – Cabe ao Poder Executivo a fiscalização e aplicação do disposto nesta lei.

Art. 5º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente e relator – Isauro Calais – Glaycon Franco – Professor Neivaldo.

PARECER PARA O 1º TURNO DO PROJETO DE LEI Nº 2.905/2015

Comissão de Constituição e Justiça

Relatório

De autoria da deputada Ione Pinheiro, o projeto de lei em epígrafe dispõe sobre a desafetação de bem público e autoriza o Poder Executivo a doar ao Município de Ibituripe o trecho de rodovia que especifica.

Publicado no *Diário do Legislativo* de 18/9/2015, foi a proposição distribuída às Comissões de Constituição e Justiça, de Transporte, Comunicação e Obras Públicas e de Fiscalização Financeira e Orçamentária para receber parecer, nos termos do art. 188 do Regimento Interno.

Cabe a este órgão colegiado, preliminarmente, apreciar os aspectos jurídico, constitucional e legal da matéria, conforme dispõe o art. 102, III, “a”, do mencionado Regimento.

Fundamentação

O Projeto de Lei nº 2.905/2015, em seu art. 1º, desafeta o trecho da Rodovia MG-040, com a extensão de 4,4km, entre o Km 21,1 e o Km 25,5, no Município de Ibituripe. O art. 2º autoriza a doação do trecho ao Município de Ibituripe para integrar seu perímetro urbano como via urbana. Por fim, o art. 3º estabelece que, se o donatário não der ao trecho a finalidade prevista, no prazo de cinco anos contados da lavratura da escritura pública de doação, ele reverterá ao patrimônio do Estado.

De acordo com a classificação prevista no ordenamento jurídico brasileiro, estradas e rodovias são bens de uso comum do povo, pois destinam-se ao uso coletivo e, em situações normais, não se sujeitam a autorização prévia do estado nem a pagamento por sua utilização.



Com relação à transferência da titularidade de bens públicos, as regras básicas constam no art. 18 da Constituição do Estado, que exige avaliação prévia, autorização legislativa e licitação para a alienação de imóveis. O dispositivo excepciona a exigência de processo licitatório quando se tratar de doação e permuta, na forma da lei.

Há que se observar também o art. 17 da Lei Federal nº 8.666, de 1993, que institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. Para bens imóveis, o inciso I desse dispositivo exige autorização legislativa, avaliação prévia e licitação na modalidade de concorrência, dispensada esta no caso de doação.

Para que determinado bem imóvel do Estado seja objeto de doação, que é uma forma de alienação, é imprescindível sua desafetação, ou seja, a perda de sua finalidade pública. Esta ocorre normalmente na própria lei que autoriza a transferência do bem, seja de maneira explícita, conforme consta no art. 1º da proposição em análise, seja de forma implícita, quando não há referência expressa à desafetação.

A doação do referido trecho da Rodovia MG-040 para o Município de Ibitaré não implicará alteração em sua natureza jurídica, pois o imóvel continuará inserido na categoria de bem de uso comum do povo, uma vez que será integrado ao perímetro urbano como via pública. A modificação básica incidirá sobre a sua titularidade, que passará a integrar o domínio municipal e, conseqüentemente, será esse ente federativo que assumirá a responsabilidade pelas obras de sua manutenção e conservação.

Conclusão

Em face do exposto, concluímos pela juridicidade, constitucionalidade e legalidade do Projeto de Lei nº 2.905/2015 na forma apresentada.

Sala das Comissões, 30 de setembro de 2015.

Leonídio Bouças, presidente – Bonifácio Mourão, relator – Professor Neivaldo – Glaycon Franco – Roberto Andrade.



CORRESPONDÊNCIA DESPACHADA PELO 1º-SECRETÁRIO

CORRESPONDÊNCIA

– O 1º-secretário despachou, em 1º/10/2015, a seguinte correspondência:

OFÍCIOS

Do Sr. Anderson Macedo Ramos, diretor de Vigilância em Serviços de Saúde, prestando informações relativas ao Requerimento nº 9.331/2014, da Comissão de Direitos Humanos.

Do Sr. Bonifácio de Andrada, deputado federal, prestando informações relativas aos Requerimentos nºs 1.664 e 1.665/2015, da Comissão de Minas e Energia.

Do Sr. Hercules Macedo, chefe de gabinete de Educação (12), prestando informações relativas aos Requerimentos nºs 1.341, 1.343, 1.347, 1.350, 1.353, 1.356, 1.357, 1.364, 1.367, 1.370, 1.373, 1.374/2015, da Comissão de Educação.

Do Sr. José Luis Ferrarezi, presidente da Câmara Municipal de São Bernardo do Campo (SP), encaminhando cópia do Requerimento nº 235/2015, aprovado por essa Casa. (- À Comissão de Direitos Humanos.)

Da Sra. Lidiane Rosenburg Tostes, superintendente da Câmara de Dirigentes Lojistas de Belo Horizonte, solicitando à Casa que não seja aprovado o Projeto de Lei nº 2.778/2015. (- Anexe-se ao referido projeto.)

Do Sr. Marcelo Dolzany da Costa, juiz federal, prestando informações relativas ao Requerimento nº 1.693/2015, da Comissão Extraordinária de Proteção aos Animais.

Do Sr. Marcio Reinaldo Dias Moreira, prefeito de Sete Lagoas, prestando informações relativas ao Requerimento nº 1.937/2015, da Comissão de Defesa do Consumidor.

Da Sra. Maria Thereza Rodrigues da Cunha, chefe de gabinete da secretaria de Saúde (3), prestando informações relativas aos Requerimentos nºs 9.218/2014, da Comissão de Participação Popular, e 358 e 3.142/2015, da Comissão de Saúde.

Da Sra. Mariah Brochado Ferreira, secretária adjunta de Casa Civil (28), prestando informações relativas aos Requerimentos nºs 9.193/2014, da Comissão de Participação Popular; 225/2015, da Comissão do Trabalho; 306, 447 e 494/2015, do deputado Douglas Melo; 321, 323, 544, 545, 561, 563, 564, 692 a 698 e 880/2015, da Comissão de Transporte; 504/2015, da Comissão da Pessoa com Deficiência; 591/2015, da Comissão de Cultura; 633, 1.057 e 1.511/2015, da Comissão de Assuntos Municipais; 669/2015, da Comissão de Turismo; 650/2015, do deputado Professor Neivaldo; 714 e 769/2015, do deputado Anselmo José Domingos; 770/2015, do deputado Bosco; 1.146/2015, do deputado Luiz Humberto Carneiro; e 1.341, 1.343, 1.347, 1.350, 1.353, 1.356, 1.357, 1.364, 1.367, 1.370, 1.373 e 1.374/2015, da Comissão de Educação.

Da Sra. Mariah Brochado Ferreira, secretária adjunta de Casa Civil, prestando informações relativas ao Projeto de Lei nº 19/2015, em atenção a pedido de diligência da Comissão de Justiça. (- Anexe-se ao referido projeto de lei.)

Do Sr. Mauro Borges Lemos, presidente da Cemig (3), prestando informações relativas aos Requerimentos nºs 419, 1.662 e 1.666/2015, da Comissão de Minas e Energia, e 1.716, 1.720, 1.722, 1.728 e 1.730/2015, da Comissão de Trabalho.

Do Sr. Paulo César Ramalho, promotor de justiça, prestando informações relativas ao Requerimento nº 2.025/2015, da Comissão de Saúde.



MANIFESTAÇÕES

MANIFESTAÇÕES

- A Assembleia Legislativa aprovou, nos termos do art. 103, III, "b" a "d", do Regimento Interno, as seguintes manifestações:
- de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 14º Batalhão de Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 20/8/2015, em Ipatinga, que resultou na apreensão de drogas e balança e na detenção de duas pessoas (Requerimento nº 2.076/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com a Prumo Engenharia, sediada em Formiga, por ter sido selecionada como uma das 35 melhores empresas para se trabalhar no Estado, em pesquisa realizada em parceria entre a Great Place to Work, a Associação Brasileira de Recursos Humanos, a revista *Encontro* e o jornal *Estado de Minas* (Requerimento nº 2.099/2015, do deputado Gustavo Valadares);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 49º BPM, pela localização do menor Pedro Lucas Anatólio Chaves, desaparecido na tarde de 25/8/2015 e encontrado a cerca de 5km da casa da família (Requerimento nº 2.120/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no Batalhão Rotam da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 25/8/2015, em Belo Horizonte, que resultou na apreensão de objetos de valor e na detenção de duas pessoas (Requerimento nº 2.125/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 13º Batalhão da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 24/8/2015, em Belo Horizonte, que resultou na apreensão de drogas, celulares, quantia em dinheiro e na detenção de duas pessoas (Requerimento nº 2.126/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 10º Batalhão de Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 11/8/2015, em Montes Claros, que resultou na apreensão de um menor, de drogas e de dois rádios comunicadores (Requerimento nº 2.138/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados na 11ª Companhia de Missões Especiais da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 25/8/2015, em Montes Claros, que resultou na apreensão de três tablets de maconha e na detenção de uma pessoa (Requerimento nº 2.139/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 62º Batalhão da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 25/8/2015, em São João do Oriente, que resultou na apreensão de armas de fogo e na detenção de uma pessoa (Requerimento nº 2.140/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados na 12ª Companhia de Missões Especiais da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 25/8/2015, em Ipatinga, que resultou na apreensão de drogas e quantia em dinheiro e na detenção de duas pessoas (Requerimento nº 2.141/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados na 8ª Companhia de Missões Especiais da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 17/8/2015, em Governador Valadares, que resultou na apreensão de drogas e na detenção de cinco pessoas (Requerimento nº 2.154/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados na 2ª Companhia de Missões Especiais da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 29/8/2015, em Betim, que resultou na apreensão de armas de fogo, drogas, colete balístico e quantia em dinheiro e na detenção de duas pessoas (Requerimento nº 2.155/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 48º Batalhão de Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 29/8/2015, em Belo Horizonte, que resultou na apreensão de drogas e quantia em dinheiro (Requerimento nº 2.156/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com o Sindicato das Indústrias de Aparelhos Elétricos, Eletrônicos e Similares do Vale da Eletrônica pelos seus 25 anos de existência (Requerimento nº 2.162/2015, do deputado Dalmo Ribeiro Silva);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 27º Batalhão e na 4ª Companhia de Missões Especiais da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 31/8/2015, em Juiz de Fora, que resultou na apreensão de um menor e de armas de fogo (Requerimento nº 2.167/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 27º Batalhão e na 4ª Companhia de Missões Especiais da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 2/9/2015, em Juiz de Fora, que resultou na apreensão de drogas, munição, arma de fogo, balanças de precisão e pássaros e na detenção de sete pessoas (Requerimento nº 2.177/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados no 1º Batalhão de Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 2/9/2015, em Belo Horizonte, que resultou na apreensão de drogas e quantia em dinheiro e na detenção de duas pessoas (Requerimento nº 2.178/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com os policiais militares que menciona, lotados na 13ª Companhia Independente da Polícia Militar, pela atuação na ocorrência, em 1º/9/2015, em Iguatama, que resultou na apreensão de munição, balança de precisão, drogas, aparelhos celulares e quantia em dinheiro e na detenção de quatro pessoas (Requerimento nº 2.230/2015, do deputado Cabo Júlio);
 - de congratulações com a Universidade Federal de Lavras pelos 107 anos de sua existência (Requerimento nº 2.232/2015, do deputado Emidinho Madeira);
 - de congratulações com o Sr. Aluísio Fortes Drummond, presidente da Fundação Sorria, pelo lançamento do livro *Fundação Sorria – 25 anos* (Requerimento nº 2.246/2015, do deputado Celinho do Sinttrocel);
 - de congratulações com o Automóvel Clube de Minas Gerais pelos 90 anos de sua fundação (Requerimento nº 2.325/2015, da Comissão de Turismo);



de congratulações com a Associação dos Defensores Públicos de Minas Gerais pelo seu 35º aniversário (Requerimento nº 2.372/2015, da deputada Rosângela Reis);

de congratulações com o Sr. Paulo Iscold, professor do Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade Federal de Minas Gerais, que coordenou a equipe de alunos e pesquisadores do Centro de Estudos Aeronáuticos na construção do avião monomotor batizado como Anequim (Requerimento nº 2.422/2015, do deputado Celinho do Sinttrocel);

de congratulações com o Sr. José Fernando Coura, presidente do Instituto Brasileiro de Mineração, pelo sucesso da Exposição Internacional de Mineração 2015 e do 16º Congresso Brasileiro de Mineração (Requerimento nº 2.442/2015, da Comissão de Minas e Energia);

de congratulações com a Aneel pelo sucesso do leilão de energia solar ocorrido em 28/8/2015 (Requerimento nº 2.443/2015, da Comissão de Minas e Energia);

de aplauso ao Sd. PM Ederson Rocha Batista, lotado no 5º Pelotão da 165ª Companhia do 30º Batalhão de Polícia Militar, pelos relevantes serviços prestados à sociedade (Requerimento nº 2.456/2015, da Comissão de Segurança Pública);

de repúdio à Prefeitura de Betim e à Secretaria Municipal de Saúde de Betim em virtude do impedimento de visita do deputado Doutor Jean Freire, em 9/9/2015, à Unidade de Atendimento Imediato Sete de Setembro, localizada nesse município (Requerimento nº 2.503/2015, da Comissão de Saúde);

de pesar à família do Sr. Vanus Henrique de Campos, delegado da Polícia Civil, por seu falecimento no dia 19/9/2015 (Requerimento nº 2.509/2015, da Comissão de Administração Pública).



PRONUNCIAMENTOS REALIZADOS EM REUNIÃO ANTERIOR

78ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA 1ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 18ª LEGISLATURA

Discursos Proferidos em 29/9/2015

O deputado João Vítor Xavier* – Presidente, serei breve. É mais uma tentativa de diminuir a carga tributária para o povo mineiro. O deputado Durval Ângelo cometeu um erro quando citou o projeto do fundo de combate e erradicação da pobreza, do qual tive o privilégio de ser relator e trabalhar muito para que fosse aprovado. O que queremos, presidente, é que esse fundo, desde a sua criação, desde a sua invenção, retire recursos das armas, das drogas hoje tidas como lícitas, como o álcool e o cigarro, para combater a pobreza em Minas Gerais. Agora, não podemos tirar dinheiro das coisas de que as pessoas precisam no seu dia a dia. Não podemos ficar tirando dinheiro do xampu, da lâmina de barbear, do sabonete, de produtos que até as pessoas atendidas pelo Fundo de Erradicação da Miséria precisam usar. É um contrassenso. As pessoas recebem ajuda para sair da miséria, mas qualquer um que precisa fugir da miséria tem de fazer barba, tomar banho e passar desodorante. É um contrassenso.

Vamos aplicar o projeto, que foi muito bem feito pelo senador, à época governador, Antonio Anastasia, que foi um trabalho brilhante que fizemos em conjunto com o deputado André Quintão nesta Casa. Mas vamos tirar daquilo que faz mal à sociedade: as armas; as drogas lícitas, como o cigarro e a bebida, mas não da pasta de dente. O cidadão não tem mais o direito de escovar os dentes? As pessoas não têm mais o direito de tomar banho, de usar o sabonete? As pessoas não têm mais o direito de fazer a barba? Até sei que o deputado Durval Ângelo gosta de ser barbado. É um direito dele, fica bem na sua estética, mas muitos gostam de fazer a barba, a grande maioria das pessoas gosta de fazer a barba. Então, vamos ser razoáveis.

Essa emenda do deputado Alencar visa corrigir um erro muito grave. Uma coisa é o projeto de Fundo de Erradicação da Miséria, de que todos nós trabalhamos a favor, que não foi criado agora, que foi criado pelo senador Antonio Anastasia, quando governador, e que tive o privilégio de ser relator nesta Casa, de incluí-lo no PMDI, no PPAG, no orçamento, junto do deputado Zé Maia. É demais punir até quem está sendo ajudado a se libertar da miséria, fazendo com que pague imposto na lâmina de barbear, na pasta de dente, no sabonete. Isso não é supérfluo em lugar nenhum do mundo, é gênero de primeira necessidade. É um contrassenso. Espero que no 1º turno ou até no 2º turno, como já ouvi aqui deputados dizendo que vão rediscutir com o governo, haja mudanças. É preciso que o governo tenha a humildade de entender que isso é gênero de primeira necessidade e não supérfluo, presidente.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Durval Ângelo* – Deputado João Vítor, a emenda de V. Exa. exclui o art. 3º, que é o Fundo de Erradicação da Miséria. Então, ela erradica o fundo e, ao mesmo tempo, o art. 6º, que é o central do processo. Entendeu?

Então, por isso vamos encaminhar, não é em contrário. Talvez, num afã de assinar, ele não percebeu que o art. 3º é que erradica o fundo. É por isso. A emenda é do deputado Alencar, e acaba com o fundo. Não podemos votar contra o fundo.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Felipe Attiê* – Sr. Presidente, esta emenda suprime o art. 5º, que deixou a água-de-colônia equivalente aos perfumes. Da água-de-colônia era 18% e foi equiparado a 25%, e agora foram acrescidos mais 2%. Na verdade, a indústria já considerava todos os perfumes como água-de-colônia. Então, o aumento de 18% para 25% será de 7% e depois mais 2%; será 9% de aumento.

Isso prejudica o setor de perfumaria mineira, prejudica empresas como a Provanza – uma franquia que está se destacando em Uberlândia –, a Lacqua di Fiori, o Boticário e, principalmente, a Avon, com a venda direta de produtos que as senhoras fazem de casa em casa, as sacoleiras da Avon, do Boticário e da Natura. Uma senhora que vende aqui na Assembleia, uma senhorinha que vende os produtos da Natura ficou chateada com esse aumento que vocês estão dando. O PT não pode ser tão sacripanta. Vamos tirar da nossa legislação o art. 5º, vamos suprimi-lo, porque essa indústria ainda está sobrevivendo à crise. O aumento do dólar, principalmente, preserva-a um pouco, porque os importados passam a fazer menos concorrência com o contrabando. Era a hora dessa indústria dos cosméticos se destacar, hora da venda de porta em porta, de essas senhorinhas saírem vendendo os produtos das várias empresas que citei aqui e fazerem a sua vez. Ai vão ter os seus produtos aumentados nessa proporção de 18% para 25% e de 25% para 27%. Vai dar



um aumento grande no setor da perfumaria, prejudicando bastante. As empresas costumavam denominar os seus produtos, todos os seus perfumes de água-de-colônia e, com isso, pagar 18%. Agora estão acabando com essa brecha da legislação, e isso será repassado para o preço das senhoras e dos senhores.

Tenho certeza de que o PT não tem nada contra ao fato de as pessoas serem bem cheirosas e terem uma rendinha vendendo um produto de porta em porta, que é, hoje, a grande empregadora, dentre as empresas que existem hoje, dessas pessoas que têm uma renda alternativa. Toda indústria nacional de cosméticos, de perfumaria, que está se desenvolvendo, vai ser prejudicada. Então estou suprimindo o art. 5º para beneficiar essas senhoras, essas empresas nacionais e para não permitir que as vendas caiam mais do que já caíram neste momento. É muito difícil. Lamento que tenhamos feito esse aumento dessa forma que está sendo proposto nesta Casa.

O meu voto, Sr. Presidente, é “sim” a essa emenda.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Durval Ângelo* – Sr. Presidente, não sei o que é pior – ser sacripanta ou bandalho. É uma dúvida enorme: acusar-nos de sacripantas ou a gente acusar de bandalho. Na realidade, não é um termo apropriado aqui. Só gostaria de dizer que vamos votar “não”, porque o aumento é de 2%. Não é um aumento absurdo em cima do supérfluo para garantir o Fundo de Erradicação da Miséria. Para não bandalhar, prefiro sacripantar.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Felipe Attiê* – Sr. Presidente, estamos querendo mudar a base de cálculo do ICMS, impedindo que o ICMS entre na base de cálculo de outras taxas de tributos que há na conta. É o famoso jeitinho brasileiro ou talvez, já que o PT sacripantou, como disse o deputado Durval, é o jeitinho de cobrar mais em cima do povo, ou seja, jogam uma taxa, jogam o ICMS em cima das taxas – das taxas de energia, das taxas de não sei o quê –, e isso vai acumulando. O brasileiro é o povo que mais paga uma coisa em cima da outra e mais paga escondido. Não sabem o que estão pagando de tanto tributo que têm em cascata e efeito.

Isso aí é uma perversão, esse jeito brasileiro de cobrar tributos. É terrível. Estamos impedindo que isso ocorra nessa emenda. Na verdade, estamos querendo aliviar esse absurdo feito com os mineiros, esse expurgo, esse açoitamento em praça pública que foi feito aqui, hoje, no chicote tributário do PT, com a estrela de cinco pontas que rasgou o lombo do povo de Minas Gerais, subindo os impostos da D. Maria, do seu Joaquim da padaria, da D. Maria do salão de beleza, em cima de todo mundo. Nós lutamos, lutamos, travamos um bom combate e vamos até o final procurar impedir que aqui ocorram realmente esses aumentos na tentativa de defender as pessoas que estão sem emprego, sem renda, cujos aumentos estão prejudicando os negócios em Minas Gerais, pedindo sempre que o governo meta a tesoura nos seus gastos em vez de mandar a boca de crocodilo no bolso da senhora e do senhor.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Durval Ângelo* – Eu quero encaminhar contrariamente, porque – e vou dizer sem brincadeira – é a emenda mais perigosa que temos. “Nas hipóteses nºs 6, 10, 11 e 12 do §1º do art. 5º, para cálculo do imposto correspondente à diferença entre a alíquota interna e a alíquota interestadual devido a estado, será observado o seguinte.” Você está mudando toda a sistemática do imposto. (– Intervenção fora do microfone). Não, não é melhorando este país. Com a guerra fiscal, vamos ser engolidos por São Paulo, com toda certeza. Então vamos votar “não” a essa emenda.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Lafayette de Andrada* – Sr. Presidente, quero saudar os senhores deputados, os presentes nas galerias, os servidores do Ipsemg e do IMA, que estão acompanhando essa votação, na expectativa da aprovação desse projeto, o que, certamente, acontecerá.

Encaminhamos uma emenda ao art. 5º do projeto, que atende à categoria do IMA. O texto da emenda, em linhas gerais, estende a um pequeno grupo de servidores a possibilidade de optar pelo Gedima, uma opção que aconteceu há dois, três anos. É um grupo mínimo de servidores, e eles, inclusive, no texto da emenda, farão um aporte daquela parte referente ao recolhimento, de modo que ele não gere impacto aos cofres público, ao contrário, gere receita, num primeiro momento, e faça justiça a um conjunto de servidores que merecem a aprovação dessa emenda. Portanto, Srs. Deputados, solicito a votação favorável à Emenda nº 3 ao Projeto de Lei nº 2.883, destacando, obviamente, que o voto da bancada do PSDB e de toda a oposição será favorável ao projeto e também à Emenda nº 3 no 2º turno. Obrigado, presidente.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Carlos Pimenta* – Sr. Presidente, primeiro, queremos cumprimentar os servidores, que aqui estão, a que se refere esse Projeto de Lei nº 2.883, do governo do Estado, que, certamente, terá meu voto favorável, não só o meu mas também de toda a bancada de oposição da Casa.

Estou encaminhando por dois motivos. Estive participando de um encontro ontem, aqui na Casa, uma audiência pública que aconteceu na Comissão de Educação, em que estiveram presentes vários deputados, os deputados Rogério Correia, Paulo Lamac, entre outros. Foi uma audiência para que pudéssemos ouvir os funcionários, os servidores do Estado que trabalham nas superintendências regionais de educação, e, principalmente, os técnicos que ali estavam. O Sindicato dos Trabalhadores também esteve presente. Fiquei incomodado com aquela reunião, primeiro porque, para mim, o governador, com o atendimento aos professores, teria atendido também os servidores públicos estaduais que trabalham na área educacional, nas superintendências – são várias superintendências. Mas eles denunciaram uma defasagem salarial muito grande. A partir daquele momento, conversamos com vários servidores. É verdade que foi dado um reajuste linear para todos, na base de 5%, e um reajuste diferenciado para esses servidores, em torno de 16%. Mesmo assim, eles mostraram a defasagem salarial e a falta de um atendimento específico para os técnicos que trabalham na superintendência.

Eu queria então, aproveitando esse projeto, aproveitando meu encaminhamento, fazer um apelo ao deputado Paulo Lamac, nosso presidente da comissão, para que não deixe a reunião morrer, para que possamos desdobrar essa reunião, para que os requerimentos que ali foram votados possam ser levados ao governador, possam ser discutidos com o governador e com a Secretária de Estado de Educação, para que possamos atender esses servidores que trabalham nas superintendências. Isso ficou claro. A própria Beatriz estava presente e reconheceu a defasagem. Espero que a Assembleia possa cumprir esse compromisso. Prometi a eles que, neste



encaminhamento, eu faria também esse apelo, e o faço ao líder do governo. A Comissão de Educação deve levar à frente esse apelo, para que possamos, efetivamente, fazer esse entendimento.

O outro motivo que me levou a fazer esse encaminhamento tem relação aos funcionários da área da saúde. Foi muito importante o atendimento aos professores do Estado de Minas Gerais. O esforço foi muito grande. Particularmente, torço para que o governo reúna condições financeiras para pagar os aumentos ocorridos na área de educação. Aproveito este momento para fazer um apelo a esta Casa: que ouça as centenas – talvez milhares – de funcionários que trabalham na saúde. Os salários estão absolutamente defasados, os médicos que trabalhavam no Estado há um tempo e fizeram concurso foram municipalizados e depois largados. Não existe mais a figura do médico na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde. O salário inicial de um médico no Estado hoje gira em torno de R\$1.200,00. Todos estão se aposentando agora, com quinquênios, decênios e triênios. A verdade é que está uma vergonha. Faço um apelo ao deputado Arlen Santiago, presidente da Comissão de Saúde, da qual sou vice-presidente, para encontrarmos um momento e ouvir os trabalhadores da saúde, que não têm apoio substancial, não tiveram nenhuma abertura, nenhuma brecha, nenhuma oportunidade de discutir os salários.

Gostaria muito que o governo atendesse à necessidade dos profissionais da saúde do nosso estado. É uma vergonha o que ganha hoje um atendente de enfermagem, uma pessoa que trabalha nos postos de saúde, uma pessoa que dedicou toda a sua vida para atender os pacientes. Que esta Casa, na pessoa de V. Exa., presidente Adalclever, a Comissão de Saúde e os demais pares, possa abrir um diálogo com os funcionários estaduais da saúde e da educação, especialmente aqueles que trabalham nas superintendências regionais. Ontem houve uma belíssima audiência pública, e me pediram que fosse o porta-voz desses funcionários. Muito obrigado, presidente.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Arlen Santiago* – Sr. Presidente, Srs. Deputados, Sras. Deputadas, telespectadores da TV Assembleia, estou vindo aqui, em pé, o meu querido amigo Celinho do Sinttrocel, que luta para que o governo do PT pague as contas da saúde. Este governo não gosta de pagar suas contas. O ministro mandou fazer cirurgias eletivas, deputado Ricardo, mas depois afirmou que não pagaria. Fizemos uma grande reunião em Governador Valadares, solicitada pelo Celinho, com a presença da Celise e do Bonifácio Mourão. A prefeita saiu correndo, juntou os deputados federais do PT, e o ministro acabou pagando uma parcela, que foi de R\$48.000.000,00, sendo a dívida de R\$143.000.000,00. Os hospitais estão devendo desde fevereiro. Deputado Carlos Pimenta, queremos que V. Exa. apresente o requerimento. Já o apreciaremos na semana que vem. O desrespeito com que o PT está tratando o pessoal da saúde é muito grande.

Caros amigos Luiz Humberto e Tito Torres, tenho a certeza de que de hoje para amanhã o *Minas Gerais* vai rodar muito para atender as nomeações, os compromissos firmados.

E é bom que rode, deputado, até amanhã, porque, depois de votarmos em 2º turno esse projeto, provavelmente o governo, o Executivo, vai tratar a sua base da maneira que está tratando, com esquecimento, não cumprindo os compromissos. Hoje, vamos votar – e meu voto será favorável, lógico – o PL 2.883, do Ipsemg e do IMA também. E queremos e estamos muito preocupados porque hoje, no *Hoje em Dia*, foi publicado que o governo está perdendo a possibilidade de fazer financiamentos ou de receber recursos. Eu acredito que o governo não está investindo os 25% da educação, assim como existe uma grande suspeita de que o governo do PT não está investindo também os 12% na saúde. Teremos aqui, no início de outubro, a presença da Secretaria de Estado de Saúde, que vai prestar contas do que está investindo.

Acontece que, se o governo não está investindo o valor que tem de investir na educação e o valor que tem de investir na saúde, vamos ver o caos. Na semana passada, estive com o representante dos concursados da saúde. Ele disse que o governo falou que não vai nomear, da mesma forma que não está querendo nomear os aprovados para a Polícia Civil. Eles não estão querendo nomear. E estamos aqui para vigiar. Fez concurso, tem de nomear. Sr. Presidente, que estamos muito preocupados. Ao mesmo tempo que vamos votar favoravelmente ao projeto, estamos preocupados se o governo não está investindo os 25% na educação nem os 12% na saúde. E, com isso, ele não poderá receber os recursos que o governador do PT falou que viriam para cá, que a presidenta Dilma ia mandar para cá. Mas o que ela manda é fechar a farmácia popular, é não pagar os hospitais.

Então, queremos encaminhar nosso voto favoravelmente e pedir aos deputados que votem favoravelmente ao pessoal do Ipsemg. Enfrentamos uma luta grande para que esse órgão pudesse ter de volta o que arrecada do funcionário, porém o governo do PT não vai mandar a parte patronal para a conta do Ipsemg, ela vai ficar no famoso caixa único. Era isso, presidente.

* – Sem revisão do orador.

O deputado Gustavo Corrêa – Boa tarde a todos os deputados e as deputadas que estão presentes, aos meus caros telespectadores da TV Assembleia e ao público presente nas galerias desta Casa. Prometo a cada um dos senhores, deputado João Magalhães, que serei breve em minhas colocações. Não poderia deixar de demonstrar ao público presente, aos telespectadores da TV Assembleia, que todos os projetos que fossem bons para Minas Gerais teriam apoio dos deputados do Bloco Verdade e Coerência.

Esse projeto, com certeza, é um desses. Todos sabemos as dificuldades que os municípios mineiros vêm enfrentando – e não faço aqui crítica a este governo especificamente – em função, sobretudo, da concentração de receitas na mão do governo federal. Infelizmente o governo federal vem gastando de forma equivocada.

Nos últimos 15 dias, a presidente da República encaminhou ao Congresso Nacional, e para surpresa de todos os brasileiros, ações concretas que visavam exatamente reduzir a máquina pública, diminuir o gasto com seus companheiros. A presidente da República, para ter apoio para aprovar essas emendas, começa a chamar os mais diversos partidos que compõem o Congresso Nacional, oferecendo ministérios para A, B, C ou D, para tentar, de alguma forma, voltar a dizer, aprovar esse projeto.

Mas tenho certeza de que os municípios mineiros precisam desse recurso que votaremos no Projeto nº 9.792/2015. Votaremos favoravelmente porque é bom para Minas.

Quero aqui, deputado Lafayette de Andrada, dizer que esse é mais um dos projetos chamados projetos Ctrl+C, Ctrl+V. (– Manifestação nas galerias.)



Esse projeto já existia no governo passado, os recursos seriam destinados aos municípios mineiros. A única diferença, pasmem as senhoras e os senhores, será a secretaria executora – no governo passado, era uma secretaria e, neste governo, será outra.

Venho aqui reafirmar que os deputados do Bloco Verdade e Coerência votarão favoravelmente a esse projeto, mas, por outro lado, esperamos que o governador do Estado encaminhe a esta Casa uma nova reforma administrativa, deputado Paulo Lamac, reduzindo a máquina pública. Ele tem gastado muito com os seus companheiros e pouco com o cidadão.

Para finalizar, quero dizer que está, em nossas galerias, a turma que passou no concurso e aguarda ser chamada pelo governador do Estado. (– Manifestação nas galerias.) Em vez de o governador nomear, como fez neste final de semana, mais de 200 cargos comissionados, com salários de R\$8.000,00 a R\$10.000,00, deveria nomear esses investigadores, porque eles, sim, prestarão serviço aos mineiros. Tenham o nosso apoio e a nossa luta. Espero que o governador comece a trabalhar pelos mineiros.



MATÉRIA ADMINISTRATIVA

ATOS DA MESA DA ASSEMBLEIA

Na data de 28/9/2015, o Presidente, nos termos do art. 79, inciso VI, da Resolução nº 5.176, de 6/11/1997, e nos termos da Lei nº 21.732, de 28/7/2015, da Resolução nº 5.497, de 13/7/2015, c/c a Deliberação da Mesa nº 2.625, de 8/9/2015, assinou os seguintes atos relativos ao cargo em comissão de recrutamento amplo de assessor parlamentar, do quadro de pessoal desta Secretaria:

tornando sem efeito o ato publicado no *Diário do Legislativo*, edição de 2/10/2015, que nomeou Glícia Sander Lima, padrão VL-15, 8 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Tito Torres;

exonerando José Altino Machado, padrão VL-11, 4 horas, com exercício no Gabinete do Deputado João Alberto;

nomeando Allyson Alvarenga Saldanha Xavier, padrão VL-40, 6 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Iran Barbosa;

nomeando Ana Paula Ribeiro Osório, padrão VL-9, 4 horas, com exercício no Gabinete da 1ª-Secretaria;

nomeando Antônio Carlos Franceli, padrão VL-16, 6 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Dalmo Ribeiro Silva;

nomeando Arnaldo Duarte, padrão VL-35, 6 horas, com exercício no Gabinete da Liderança da Maioria;

nomeando Danila Rodrigues Bernardes, padrão VL-11, 6 horas, com exercício no Gabinete da Deputada Cristina Correa;

nomeando Fabiana Aparecida da Silva, padrão VL-15, 4 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Douglas Melo;

nomeando João Carlos Firpe Pena, padrão VL-50, 8 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Adalever Lopes;

nomeando Obadias Alves Costa, padrão VL-9, 4 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Vanderlei Miranda;

nomeando Sergio Mendes Pires, padrão VL-27, 4 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Antônio Carlos Arantes;

nomeando Silvio Santoro, padrão VL-9, 4 horas, com exercício no Gabinete da 1ª-Secretaria;

nomeando Vítor Fernandes Colares, padrão VL-41, 6 horas, com exercício no Gabinete do Deputado Sargento Rodrigues.

TEATRO DA ASSEMBLEIA

EDITAL DE SELEÇÃO ARTÍSTICA

Primeiro Semestre de 2016

A Secretaria da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais faz saber aos interessados que se encontram abertas, no período de 5/10/2015 a 13/11/2015, as inscrições para a seleção de espetáculos para ocupação do Teatro da Assembleia no primeiro semestre de 2016. Poderão participar projetos de dança, música e teatro para crianças e adultos. Só serão aceitos projetos com cenários que sejam adequados às dimensões do teatro: área do palco: 7,54m x 4,55m (área útil, excetuando-se as coxias e a área de circulação); boca de palco: máxima: 7,54m e mínima: 6,17m; pé-direito: 2,95m. Os projetos devem atender às normas a seguir discriminadas:

Teatro: ficha técnica aprovada pelo Sindicato dos Artistas e Técnicos em Espetáculos de Diversões do Estado de Minas Gerais – Sated-MG – ou xerox da carteira de trabalho; liberação da Sociedade Brasileira de Autores – Sbat – ou declaração do autor do espetáculo, especificando a forma de pagamento dos direitos autorais; cópia do texto ou do roteiro; currículos dos participantes; desenho, foto ou croqui de cenários e figurinos (as dimensões do cenário devem ser rigorosamente especificadas); *release*; plano de divulgação e mídia.

Dança: ficha técnica aprovada pelo Sated-MG ou xerox da carteira de trabalho; liberação da Sbat ou declaração do coreógrafo do espetáculo, especificando a forma de pagamento dos direitos autorais; currículos dos participantes; desenho, foto ou croqui de cenários e figurinos (as dimensões do cenário devem ser rigorosamente especificadas); *release*; plano de divulgação e mídia.

Música: currículos dos participantes; DVD ou CD; *release*; plano de divulgação e mídia.

Os participantes deverão ser pessoas jurídicas devidamente registradas para recolhimento do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN – pelo Teatro da Assembleia e deverão comprovar isso anexando a Ficha de Inscrição Cadastral – FIC – emitida pela Prefeitura e atualizada. O recolhimento do ISSQN no Teatro da Assembleia é feito por regime de estimativa.

Informamos que propostas aprovadas na concorrência anterior não poderão participar na seleção a que se refere este edital. Propostas que foram classificadas e que dispensarem as datas ficarão impossibilitadas de participar das seleções por dois semestres.

As propostas devem ser encaminhadas à coordenação do Espaço Político-Cultural Gustavo Capanema em envelope fechado e identificado. Caso os interessados residam em outros municípios, as propostas poderão ser enviadas, por via postal, para o seguinte endereço: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, Seleção Artística do Teatro – Espaço Político-Cultural Gustavo Capanema – Rua Rodrigues Caldas, 30 – Bairro Santo Agostinho – CEP 30190-921 – Belo Horizonte – Minas Gerais. A data considerada será a da postagem, não se aceitando, em hipótese alguma, inscrições fora do prazo. Ao enviar a proposta, o interessado



afirma ter conhecimento completo do edital e concordar com as cláusulas nele contidas. As propostas não selecionadas deverão ser retiradas junto à administração do Espaço Político-Cultural Gustavo Capanema no prazo de 30 dias a contar da data da divulgação do resultado, sendo as propostas descartadas após esse prazo. Mais informações: telefones (31) 2108-7826 e (31) 2108-7827, no horário das 8 às 18 horas – Portal da Assembleia: www.almg.gov.br.

Belo Horizonte, 3 de outubro de 2015.

Rodrigo Barreto de Lucena, diretor de Comunicação Institucional.