

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Mestrado em Direito Médico

Humberto de Sousa Moreira

**Disfuncionalidades jurídicas nas Organizações da Sociedade Civil
no Município de São Paulo**

SÃO PAULO

2023

HUMBERTO DE SOUSA MOREIRA

**DISFUNCIONALIDADES JURÍDICAS NAS ORGANIZAÇÕES DA
SOCIEDADE CIVIL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação Stricto Sensu da
Universidade Santo Amaro — UNISA,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Direito Médico.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos
Morato.

SÃO PAULO

2023

M837d

Moreira, Humberto de Sousa.

Disfuncionalidades jurídicas nas organizações da sociedade civil no município de São Paulo / Humberto de Sousa Moreira. – 2023.

173 p. : il.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Morato.

Dissertação (Mestrado em Direito Médico) - Universidade Santo Amaro, 2023.

Bibliografia incluída.

1. Eventos Adversos. 2. Erro Médico. 3. Organizações da Sociedade Civil. 4. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 5. Impacto. I. Morato, Antonio Carlos. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 344.8

HUMBERTO DE SOUSA MOREIRA

**DISFUNCIONALIDADES JURÍDICAS NAS ORGANIZAÇÕES DA
SOCIEDADE CIVIL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro — UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito Médico.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Morato.

São Paulo, 12 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antonio Carlos Morato.

Prof. Dra. Cintia Barudi Lopes.

Prof. Dr. Paulo Magalhães Nasser.

Conceito Final: _____

Dedico a minha mãe Perpetua, e aos meus irmãos,
Vitória e Gabriel e a minha futura esposa Tiffany.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, expresso minha profunda gratidão ao Professor Doutor Georghio Tomelin pela oportunidade, conselhos e direcionamento oferecidos durante o programa de Mestrado em Direito Médico. Sem dúvida, o sucesso deste projeto é fruto de sua motivação e atenção. Do mesmo modo, agradeço à Professora Doutora Patrícia Colombo de Souza pela confiança e oportunidade concedidas, e estendo meus agradecimentos à Universidade Santo Amaro pelo privilégio de ser aluno do programa e pelo crédito conferido a mim.

Agradeço também ao querido Professor Doutor Antonio Carlos Morato por sua extrema paciência e pelos valiosos ensinamentos durante a orientação deste trabalho, além de ter confiado em mim e ajudado a desenvolver minha autoconfiança.

Em nome da Técnica de Enfermagem Luciana Pinto Santos, expresso gratidão aos profissionais de saúde que contribuíram com suas experiências e relatos do cotidiano na atenção à saúde no Brasil.

Em nome do Doutor Cid Torquato Junior, agradeço aos dedicados operadores do direito por sua incansável dedicação à justiça e igualdade de direitos. Suas análises perspicazes dos desafios relacionados aos direitos e deveres enriqueceram significativamente nossa compreensão do tema, sendo essenciais para o desenvolvimento deste trabalho acadêmico.

Em nome do professor Doutor Silvio Serrano Nunes, agradeço aos professores do programa de Mestrado em Direito Médico pelo empenho e dedicação ao compartilharem comigo parte do profundo entendimento que possuem sobre o campo.

Sob a representação do professor Wendell da Luz, estendo meus agradecimentos aos colegas do programa de Mestrado em Direito Médico pelo incentivo, paciência e compartilhamento de experiências que foram, sem dúvida, enriquecedoras.

Por fim, em nome do Sr. Armando Luiz Palmieri, agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pela contribuição das informações solicitadas através do Portal da Transparência do Município.

Se errar é humano, reconhecer o erro é ser justo. Corrigir esse erro é ser sábio.

Manoel O. Guimarães Jr.

RESUMO

Este estudo visa apontar os impactos gerados por eventos adversos e erros médicos nas Organizações da Sociedade Civil no município de São Paulo, mediante uma abordagem jurimétrica. Ancorado nos preceitos do direito médico, almeja-se fornecer aos profissionais de saúde, gestores e à comunidade, uma compreensão robusta acerca dos reflexos oriundos dos resultados danosos aos usuários do sistema público de saúde municipal. Através desse entendimento, aspira-se aprimorar a gestão dos recursos voltados à saúde, prevenindo desfechos prejudiciais tanto para os pacientes quanto para o sistema público de saúde, assegurando assim, o bem-estar dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Eventos Adversos. Erro médico. Organizações da Sociedade Civil Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Impacto.

ABSTRACT

This study aims to point out the impacts generated by adverse events and medical errors in Civil Society Organizations in the municipality of São Paulo, through a jurimetric approach. Anchored in the precepts of medical law, it aims to provide healthcare professionals, managers, and the community with a robust understanding of the repercussions arising from harmful outcomes to the users of the municipal public health system. Through this understanding, it is aspired to improve the management of resources dedicated to health, preventing detrimental outcomes both for the patients and the public health system, thus ensuring the well-being of the users of the Unified Health System.

Keywords: Adverse Events. Medical Error. Civil Society Organizations. São Paulo Municipal Health Department. Impact.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Organizações da Sociedade Civil com parcerias na Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 2 - Levantamento por Instâncias

Tabela 3 - Relações procedentes, parcialmente procedentes e improcedentes em primeira instância.

Tabela 4 - Decisões em Primeira Instância

Tabela 5 - Resultado Morte

Tabela 6 - Resultado inabilidade

Tabela 7 - Indenizações totais por OS

Tabela 8 - Indenizações e pensão

LISTA DE ABREVIATURAS

AMA: Assistência Médica Ambulatorial

AME: Ambulatório Médico de Especialidades

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CE: Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde

CIT: Comissões Intergestores Tripartites

CONASS: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CPI: Comissão Parlamentar de Inquérito

COVID-19: Sars-Cov-2

DUDH: Declaração Universal dos Direitos Humanos

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBROSS: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde

MARE: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização Não-Governamental

ONU: Organização das Nações Unidas

OSCIP: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OS: Organizações Sociais

PAS: Programação Anual de Saúde

PIDESC: Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PIB: Produto Interno Bruto

PNS: Plano Nacional de Saúde

RRAS: Regiões de Redes de Atenção à Saúde

SES: Secretarias Estaduais de Saúde

SMS: Secretarias Municipais de Saúde

STF: Supremo Tribunal Federal

SUS: Sistema Único de Saúde

UNA-SUS: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

PARTE 1 - DA SAÚDE E SUA CONSTITUCIONALIDADE	17
1. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE	17
1.1 A saúde como um direito social	21
1.2 A defesa da saúde nas normas Infraconstitucionais	23
1.3 Diretrizes e marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde	26
2. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	31
2.1 Ministério da Saúde	32
2.2 Secretaria Estadual da Saúde	37
2.3 Secretaria Municipal da Saúde	39
3. SEGURANÇA JURÍDICA DA SAÚDE	41
3.1 Atuação do Poder Executivo	43
3.2 Atuação do Poder Legislativo	46
3.3 Atuação do Poder Judiciário	50
3.4 Freios e Contrapesos na saúde	53
 PARTE 2 - DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	 56
4. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL	56
4.1 Normativas do Terceiro Setor e sua importância na saúde	59
4.2 Qualificação e a desqualificação do terceiro setor para as parcerias com o Estado	62
5. DAS PARCERIAS COM O TERCEIRO SETOR	65
5.1 Das parcerias com o Terceiro Setor	66
5.2 Dos Convênios e dos Termos de Fomento	68
5.3 Dos Termos de Colaboração e dos Contratos de Gestão	70
5.4 Das Contratualizações	73
6. GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	76
6.1 Estrutura e Gestão municipal de saúde	77
6.2 Aparentamento do Sistema de Saúde	80
6.3 Das parcerias com as Organizações da Sociedade Civil e suas Qualificações	82
6.4 Das Organizações Sociais de Saúde e suas Unidades de Gestão	85
 PARTE 3 - DOS EVENTOS ADVERSOS E SEUS IMPACTOS NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	 90
7. DOS EVENTOS ADVERSOS E O ERRO MÉDICO	90
7.1 Dos Eventos Adversos e o Erro Médico	91
7.2 Do erro médico em espécies	95
7.2.1 Erro Clínico	96

7.2.2 Erro Cirúrgico e Obstétrico-----	99
7.2.3 Erro Administrativo-----	103
7.3 A neurociência do erro e a Teoria da Segunda e da Terceira Vítima-----	104
8. RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS EVENTOS ADVERSOS E DO ERRO MÉDICO-----	107
8.1 Responsabilidade dos Profissionais de Saúde, do Estado e da Teoria do Risco-----	108
8.2 Indenizações e reparações na saúde-----	111
8.3 Da responsabilidade penal, administrativa e processos éticos-----	114
9. RESULTADOS DO ERRO MÉDICO NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-----	117
9.1 Da pesquisa jurimétrica-----	118
9.1.1 Metodologia-----	119
9.1.2 Execução de pesquisa e amostras-----	121
9.1.3 Primeiros resultados-----	122
9.2 Impacto Humano-----	125
9.2.1 Impacto profissional-----	127
9.3 Impacto Financeiro-----	127
9.4 Impacto Organizacional-----	129
9.4.1 Termos Aditivos de recursos adicionais-----	130
9.5 Impacto Contratual-----	131
9.5.1 Contratos de Seguro Responsabilidade Civil-----	132
9.6 Impacto Institucional-----	133
CONCLUSÃO-----	135
REFERÊNCIAS-----	139
APÊNDICE A-----	167
APÊNDICE B-----	170

INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde mobilizam a sociedade e os governos para cumprir os requisitos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde que conceitua a saúde como um estado de bem-estar biopsicossocial e estabelece, portanto, a necessidade de investimentos em educação, tecnologia e gestão, com o objetivo de atender plenamente às necessidades da sociedade nesse campo.

Os profissionais de saúde das mais variadas áreas possuem um papel fundamental, visto que dedicam suas vidas à promoção da saúde, bem como à prevenção e recuperação de doenças. Destarte, seus conhecimentos técnico-científicos apurados, alinhados ao que há de mais moderno na área da saúde, possibilitam o diagnóstico e adoção de técnicas efetivas no tratamento de diversas enfermidades presentes na sociedade. Com efeito, tais avanços científicos no reconhecimento de doenças, produção de medicamentos e evolução de tratamentos aumentaram exponencialmente as chances de sucesso na busca pelo bem-estar e pela longevidade, alcançando, assim, os maiores níveis em décadas. Resultado indiscutível do empenho dos profissionais de saúde e dos cientistas envolvidos com a saúde e bem-estar.

Todavia, é importante ressaltar que, embora os métodos supracitados utilizados pelos profissionais de saúde na atenção e assistência ao paciente possuam alta possibilidade de assertividade, as ciências da saúde não são asseguradas a todos os beneficiários de forma igualitária. A susceptibilidade dos profissionais de saúde em cometer erros no diagnóstico e no tratamento tem sido evidenciada habitualmente nos últimos anos, gerando, assim, necessidades de reparação.

No campo da atenção à saúde, há também os Governos e entidades da sociedade civil, cuja finalidade é providenciar recursos - seja por meio impostos, doações ou atos de filantropia - objetivando a assistência à saúde como elemento essencial da vida humana em suas pautas de governo e políticas de assistência social.

No contexto brasileiro, os cuidados com a saúde figuram como espinha dorsal na Constituição brasileira, estabelecendo-a como um direito universal e um dever do Estado. Por meio de políticas públicas, nos limites econômicos, a Constituição

assegura tanto a promoção da saúde quanto a prevenção e recuperação de doenças, de forma gratuita e acessível a todos, abrangendo desde as mais simples até a mais complexa intervenção. Para tanto, o Brasil instituiu o maior e melhor programa de assistência pública gratuita e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), que rege todas as políticas relacionadas à área. Ao abranger integralmente todos os brasileiros residentes - e estrangeiros em território brasileiro - sem distinção, o SUS proporciona assistência efetiva por meio de programas e políticas de saúde, além de orientar todas as questões concernentes à saúde, da atenção primária à terciária.

Com efeito, em função da extensão territorial e populacional, o sistema de saúde brasileiro apontou a necessidade de colaboração com entidades da sociedade civil e instituições filantrópicas já estabelecidas na área, como auxiliares na gestão dos instrumentos de saúde. Ademais, outras instituições, como as organizações da sociedade civil com atuação na área da saúde, foram inseridas no sistema através do programa de publicização. Tal colaboração adquiriu relevância no desenvolvimento de políticas públicas, e tem sido fundamental para o gerenciamento eficaz dos recursos destinados à saúde por parte de instituições parceiras do governo. Através do processo de qualificação, torna-se possível dimensionar gastos com profissionais de saúde, insumos e instrumentos, conforme as necessidades da população.

Desse modo, assim como na administração pública brasileira, as organizações da sociedade civil têm recursos limitados para atender às demandas da saúde, mas buscam respeitar a oferta do mínimo necessário do sistema de saúde, seguindo a hierarquia de gestão. Surge, portanto, a necessidade de se otimizar os recursos destinados à saúde e também a possibilidade de se requerer mais repasses ou de uma reformulação da gestão em caso de quaisquer imprevistos durante a administração daquele instrumento de saúde. No que tange os tais imprevistos, os gestores das organizações sociais precisam se atentar ao fenômeno da judicialização da saúde, pois os eventuais danos causados por profissionais atuantes na área da saúde são de sua responsabilidade. Observando tal fenômeno, o município de São Paulo, um dos primeiros a utilizar a colaboração de organizações da sociedade civil em seus instrumentos de saúde, destinou, no último ano, cerca de 4,9 bilhões de reais a 21 organizações presentes no município.

Incumbindo a elas a obrigação de responder pelas indenizações geradas pelos seus profissionais de saúde.

Dessa forma, o presente estudo aponta os impactos que os gestores das organizações da sociedade civil enfrentarão, partindo de um profundo conhecimento histórico e basilar da saúde no Brasil. Compreendendo como o Sistema Único de Saúde foi concebido, além das suas normativas orgânicas necessárias para o direcionamento das políticas nacionais na saúde. Para isso, faz-se necessário verificar e analisar as responsabilidades dos poderes executivo, legislativo e judiciário no que diz respeito à saúde. Reconhecendo, assim, a efetividade dos freios e contrapesos, além das interações no enfrentamento do erro médico e das organizações sociais na saúde, descrevendo as formas de contratações das Instituições para a colaboração com o Estado, inclusive as normativas destas contratações e suas contratualizações. A partir dessas exposições, compreenderemos a estrutura de saúde do município de São Paulo, além de conhecermos, em breve relato, o histórico das organizações sociais presentes no município, bem como os conceitos legais e procedimentais da qualificação, contratação e contratualização.

Em seguida, analisaremos os conceitos fundamentais que dizem respeito ao evento adverso e o erro médico, utilizando conceitos simples e didáticos como base para a compreensão dos resultados, orientados pela abordagem jurimétrica. Observaremos, sob a ótica do ordenamento jurídico brasileiro, os meios de compensação aos pacientes e instituições vítimas de eventuais atos errôneos dos profissionais de saúde.

Por fim, compreenderemos e apontaremos, com base na pesquisa retrospectiva e nos dados coletados do banco de sentenças do estado de São Paulo por meio da abordagem jurimétrica, os impactos nos pacientes, as finanças, a gestão organizacional e contratual nas organizações sociais de saúde e na sociedade.

PARTE 1 - DA SAÚDE E SUA CONSTITUCIONALIDADE

1. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE

A conquista da soberania, da liberdade e das garantias observadas atualmente no Brasil é resultado de uma progressão histórica e dos movimentos sociais que lutaram para atender à vontade dos brasileiros. Ulysses Guimarães¹ considerava os avanços na área das Garantias Sociais como características peculiares da Constituição da República Federativa do Brasil, a qual ele nomeou “Estatuto do Homem”.² Assim, a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, ocorrida em cinco de outubro de 1988, e apresentada pelo então presidente José Sarney,³ trouxe consigo diretrizes para a redemocratização, marcando o fim da ditadura.⁴

Esta Constituição foi reconhecida como “Constituição Cidadã”, por incorporar os Princípios Sociais, Direitos Fundamentais e a estrutura do Estado em seu texto⁵. Além disso, ela ratificou a igualdade⁶ e a garantia à saúde⁷ em seu escopo, tema que mantinha a atenção à saúde como direito fundamental.

O Brasil, signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada na Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) pela Resolução 217-A de 10 de dezembro de 1948, posicionou-se como defensor do direito à saúde como direito fundamental da humanidade. Corroborando, assim, a visão progressista do tema e defendendo a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH) que traz em seu artigo n.º 25:

¹ Ulysses Silveira Guimarães foi um político e advogado brasileiro. Foi o presidente da Assembleia Nacional Constituinte de 1987 – 1988, na condição de Deputado Federal entre 28 de fevereiro de 1985 a 15 de fevereiro de 1989.

² GUIMARÃES, Ulysses. Discurso verificado. Brasília, 1988.

³ José Sarney é um político, advogado e escritor. Foi presidente do Brasil entre 21 de abril de 1985 a 15 de março de 1990.

⁴ A ditadura militar brasileira foi o regime instaurado no Brasil em 1 de abril de 1964 e que durou até 15 de março de 1985, sob comando de sucessivos governos militares.

⁵ A Constituição Federal conta com 8 Títulos — Dos Princípios Fundamentais; -II — Dos Direitos e Garantias Fundamentais; -III — Da Organização do Estado; -IV — Da Organização dos Poderes; -V — Da Defesa do Estado e das Instituições Democráticas; -VI — Da Tributação e do Orçamento; -VII — Da Ordem Econômica e Financeira; -VIII — Da Ordem Social.

⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil Federal de 1988. Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, (...).

⁷ BRASIL. Constituição (1988). Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

DUDH. Artigo 25–1. “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”. (ONU, 1948).

Posteriormente, houve a ratificação e a incorporação no ordenamento jurídico brasileiro do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), aprovado pela ONU por meio da resolução 2200 A, de 16 de dezembro de 1966.⁸ Isso tornou a DUDH juridicamente vinculativa e moldou os direitos da humanidade, inserindo o tratamento à saúde concisamente. Assim, diante da situação política em que vivia o Brasil, a convocação da Assembleia Nacional Constituinte partindo da Emenda Constitucional n.º 26, de 27 de novembro de 1985,⁹ somada ao forte clamor popular durante as manifestações das Diretas Já¹⁰, efetivou o desejo do povo para a redação da Carta Magna. Deste modo, iniciou-se a formação de Comissões e Subcomissões com o desejo massivo da sociedade em participar do processo constituinte, nas palavras de Luiz Freire,¹¹ com total integração e cuidado com a saúde.

Contudo, essa Constituição é fruto da Assembleia Nacional Constituinte, iniciada 19 meses¹² antes de sua promulgação, conduzida pelo Regimento Interno da Assembleia Constituinte¹³ que estruturou as complexas e descentralizadas

⁸ BRASIL. Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992. Art. 12. 1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa ao desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem para assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o seu desenvolvimento da criança; b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial; c) A profilaxia, tratamento e controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença”.

⁹ BRASIL. Emenda Constitucional n.º 26, de 27 de novembro de 1985. Art. 1º Os Membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal reunir-se-ão, unicameralmente, em Assembléia Nacional Constituinte, livre e soberana, no dia 1º de fevereiro de 1987, na sede do Congresso Nacional.

¹⁰ Diretas Já foi um movimento político de cunho popular que teve como objetivo a retomada das eleições diretas ao cargo de presidente da República no Brasil, durante a ditadura militar brasileira.

¹¹ DUTRA, Olívio. Diário da Constituinte (1987). “Há uma evidente e manifesta vontade de participação popular no processo constituinte (...) ainda que os trabalhos deste Congresso não estão correspondendo ao desejo massivo, majoritário da sociedade, de participar do processo constituinte”, disse o Constituinte Olívio Dutra (PT RS) (Abril de 1987, quinta-feira 9, Livro Vol. 3, p. 1173).

¹² A Assembleia Nacional Constituinte de 1987 iniciou em 1 de fevereiro de 1987, sendo dissolvida em 22 de julho de 1988.

¹³ Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte contou com três Resoluções que tratavam de questões legais e processuais do processo interno da Constituinte.

Comissões Temáticas e suas subcomissões, incluindo a Comissão da Ordem Social que trazia consigo a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. Presidida pelo constituinte Deputado José Elias Murad (PTB-MG),¹⁴ a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente trataria de todos os aspectos herdados pelo processo de atenção à saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), incluindo sua experiência na atenção à saúde aos trabalhadores e seus familiares no que diz respeito ao debate sobre saúde pública. O órgão pôde, portanto, ouvir e discutir o clamor da população sobre os novos caminhos da saúde brasileira.

Tais Composições contavam com três movimentos: o sanitário, que buscava a estatização da saúde; a iniciativa privada sanitária, que defendia a manutenção das entidades privadas de saúde; e o grupo institucional, que lidava com as divergências entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, visando à preservação das pastas que atendiam à população durante a Constituinte.

Convém mencionar que, na composição dos membros destes grupos, somente 58 constituintes eram de fato profissionais de saúde, dentre os quais apenas doze eram ligados à saúde pública. O que dividiu, entre outras questões,¹⁵ discussões acerca do movimento reformista - como o lobby da manutenção das entidades privadas de saúde - e que trouxe a defesa assertiva da estatização da saúde brasileira.¹⁶

A tese ratificada se consolidou conforme o desejo do primeiro e mais complexo grupo, resultando na sua aprovação e envio à Comissão da Ordem Social do texto que,¹⁷ entre outras questões, delineou as fontes dos recursos de saúde e as diretrizes do sistema de saúde estatizado. Prezando por uma estrutura organizada e hierarquizada de responsabilização da saúde, de forma que participassem a União, os estados, e os Municípios.¹⁸

¹⁴ José Elias Murad foi um professor, acadêmico, médico, farmacêutico, químico e político brasileiro como Deputado Federal entre 1º de fevereiro de 1987 a 1º de fevereiro de 1999.

¹⁵ NETO, Eleutério Rodrigues. Saúde: promessas e limites da Constituição. Edições Livres. Pág.105.

¹⁶ O lobby dos sanitaristas foi uma reforma por ter o apoio de José Sarney.

¹⁷ ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1987. Ata de Sessão. Anteprojeto da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. Livro vol. 4, p. 2296.

¹⁸ ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1987. Anteprojeto da Subcomissão. Art. 2º. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituam um Sistema Único, organizado conforme os seguintes princípios: I — Comando administrativo único em cada nível de governo; II — Integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde; III — gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios; IV — Participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas o

No entanto, o texto apresentado posicionava a saúde como um elemento pertencente à seguridade social. Dessa forma, o orçamento da pasta da Seguridade Social serviria para o financiamento da saúde pública, permitindo o acesso à saúde por contribuintes e não contribuintes.¹⁹

Após a sociedade civil valer-se das Emendas Populares,²⁰ e os demais constituintes apresentarem Emendas Parlamentares,²¹ buscou-se a independência do tema saúde em relação a outras pastas, trazendo, então, a perspectiva progressista da saúde pública alinhada com os movimentos sanitaristas.²² Nesse momento é instituído pelos sanitaristas a Plenária da Saúde,²³ que buscava facilitar as coletas de assinaturas e da propagação da visão do movimento. Ainda que discretamente e sem conseguir um apoio nacional, a coleta de 60 mil assinaturas²⁴ foi suficiente para apresentar a Emenda Popular da Plenária, tornando a visão dos sanitaristas evidente aos constituintes.

Houve, no curso da Constituinte, emendas diversas, porém alinhadas ao conceito de saúde como direito da população e dever do Estado, acarretando um amplo debate entre os constituintes. Entre os políticos de centro, por entenderem tais ideias como demasiadamente progressistas para a época, ainda que sob alegações infundadas do sucateamento da saúde pública por parte do Estado. Ao final, a saúde foi inserida no livro “Da Ordem Social”, com o significativo Título “Da Seguridade Social”, pela primeira vez em todas as constituições brasileiras, objetivando alcançar “o bem-estar e a justiça sociais”.²⁵

controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

¹⁹ ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1987. Anteprojeto da Subcomissão. Art. 14º Os atuais recursos da Previdência Social destinados à Saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizaram dez por cento do Produto Interno Bruto.

²⁰ As emendas populares eram cartas públicas da população brasileira e precisavam de pelo menos 30 mil assinaturas para serem admitidas e defendidas por um constituinte, onde considerou uma medida democrática e contou com sua primeira Emenda Popular apresentada versava sobre o direito à educação. Ao todo foram 122 emendas populares somando 1.227.423 assinaturas e somente 83 admitidas no Regimento das Subcomissões.

²¹ As emendas parlamentares eram apontamentos complementares para as Atas das Subcomissões. No total, foram 20.790 emendas dos próprios constituintes.

²² Expressão usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, sempre partindo com o viés da saúde pública.

²³ As Plenárias de Saúde configura-se como fórum de debates, assim como se caracteriza como o efetivo exercício da cidadania por meio do Controle Social no SUS, aprimorando as diretrizes de atenção da saúde a determinadas populações.

²⁴ Além da Emenda da Plenária, outras quatro convergentes ao movimento reformista foram apresentadas à Constituinte que todas deveriam ter sido unidas numa única proposta para dar maior força ao movimento reformista.

²⁵ BRASIL. Constituição (1988). Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

O objetivo real é que a Seguridade Social seja um conjunto de políticas e ações dirigidas à proteção social da população, com um financiamento comum. Além disso, há também o fato de o direito à saúde estar inserido no rol de direitos fundamentais como um direito social,²⁶ o que muito significa para a sua imediata concretização. É relevante mencionar que a edição semanal da revista “Visão”, da época, pôde, em uma manchete, expressar o sentimento que permeava o movimento sanitário: “Constituinte: o fim da medicina privada”.²⁷

1.1 A saúde como um direito social

A atenção à saúde, prevista na Constituição como direito social e dever do Estado,²⁸ trouxe consigo um sentido mais amplo, distinto do anterior, que conceituava a saúde como a ausência de doença.²⁹ Quanto a isso, a Constituição Cidadã inovou não apenas ao conceder garantia de saúde a quem necessita, mas também ao fornecer alicerces para a saúde, como a divisão da responsabilidade entre entes federativos e até a atuação dos profissionais da área.

A saúde se consolidou, portanto, como um direito inalienável³⁰ assegurado pelo poder público à população brasileira. A nova concepção de saúde aparece na Constituição Federal de 1988 em seu primeiro artigo, e implica também a garantia de outros direitos fundamentais, como o acesso à terra e aos meios de produção, a condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer, e controle da poluição ambiental, ratificado no artigo 5.º da Constituição.

Com isso, a conquista constitucional e democrática do direito à saúde permitiu inserir um capítulo inteiro para consolidar os avanços do tema na sociedade. Nesse sentido, encontramos a face da garantia à saúde e seu financiamento em que se regulamentou a destinação fixa de repasses aos instrumentos hospitalares de

²⁶ BRASIL. Constituição (1988). Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

²⁷ RODRIGUEZ NETO. Saúde: promessas e limites da Constituição. p. 89.

²⁸ BRASIL. Constituição (1988). Artigo n.º 196 — A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

²⁹ HEGENBERG. Leonidas. Evolução Histórica do conceito de Doença. Editora Fiocruz. 1998. p. 18.

³⁰ O Direito inalienável é um direito que não pode ser restringido ou revogado por leis humanas.

atenção à saúde humana gratuita, oriunda da coleta de impostos arrecadados por cada esfera do Estado, determinando, assim, o exato valor mínimo mensal para manutenção do sistema de saúde.³¹

Porém, os repasses estavam engessados conforme estabelecido pela Lei Complementar n.º 141,³² que visava ser uma Proposta de Emenda Constitucional, determinando a porcentagem de 12% dos repasses dos Estados e do Distrito Federal e 15% para os Municípios, destinados à manutenção dos serviços de Saúde. No entanto, não contemplava a União. Onde somente em 2015, após inúmeras revisões, foi aprovada a Emenda Constitucional³³ que estabelece que 15% dos gastos da União sejam destinados à Saúde.³⁴

Embora esse modelo de investimento consista em um financiamento coletivo perverso, visto que todos os cidadãos pagam impostos, o Estado seria, por sua vez, responsável por investir na saúde. Entretanto, ao fazê-lo nos moldes estabelecidos nos planos de assistência à saúde, esse investimento se dá desigualmente.³⁵

Outro aspecto relevante da criação do Sistema Único de Saúde é a universalidade das tratativas por cuja gestão o sistema seria responsável. A sua abrangência não se limitaria à atenção à saúde em si, mas abrangeria todos os aspectos que asseguram a manutenção e a promoção dela. Isso permitiria, portanto, a criação de segmentos voltados para a vigilância dos produtos e serviços de saúde, à gestão de tecnologias e à formação continuada dos profissionais da área, com programas de residências profissionais. Permitiria também a regulação de serviços de saúde suplementar e a gestão participativa dos cidadãos nas tomadas de decisões voltadas ao bem-estar.

³¹ BRASIL. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

³² Trata-se de um ajuste à Constituição Federal a fim de suprir questões atuais necessárias para gestão do governo e da sociedade, sendo, porém, vedado emendas para suprimir cláusulas pétreas.

³³ BRASIL. Lei Complementar n.º 141. Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere. Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos.

³⁴ BRASIL. Emenda Constitucional n.º 86 de 2015. (...) I — no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

³⁵ VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. 2009. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social. p. 73.

É importante citar que ainda que existam resistências e limitações, a saúde pode ser reconhecida como o poder ativo do Estado, sendo, portanto, os direitos de segunda geração³⁶, que garantem, entre outros pontos, a saúde como direito do cidadão e um dever do Estado. Observando toda a luta em defesa da saúde na Constituinte, podemos ter certeza de que a força do povo, especialmente do movimento sanitarista, tornou-se imprescindível para a saúde como conhecemos na atualidade.

A promulgação da Constituição de 1988 incorporou de maneira efetiva a dignidade da pessoa humana em seu texto, dado que o acesso aos serviços de saúde, anteriormente reservado a crianças, gestantes, trabalhadores e seus familiares, expandindo significativamente sua abrangência e trazendo qualidade de vida para os brasileiros ao longo do tempo.

É evidente, porém, que estamos distantes do protagonismo no campo da pesquisa e desenvolvimento - entre outros campos - mas um sistema complexo e abrangente como o SUS traz consigo cargas de responsabilidade e recursos que necessitam de uma gestão jurídica própria e progressista.³⁷

Sob o olhar do direito médico, podemos observar que questões ligadas à saúde, da gestão até a atuação profissional, são cercadas de nuances que necessitam de apontamentos jurídicos que visam à qualidade da gestão dos recursos e da promoção da saúde com responsabilidade por parte dos profissionais envolvidos. Portanto, partindo de uma análise diacrônica no que diz respeito ao financiamento da saúde, é possível estabelecer meios para se obter uma gestão eficiente direcionada aos atuais e futuros usuários do SUS, pois, de fato, o Sistema Único de Saúde funciona, e merece todo o respeito dos brasileiros.

1.2 A defesa da saúde nas normas Infraconstitucionais

Com o direito à saúde previsto na Constituição, as diretrizes fundamentadas nos princípios foram melhor compreendidas. Cabe ao legislador, então, a aplicação dessas garantias já positivadas, favorecendo a orientação dos gestores nas

³⁶ Na visão doutrinária do jurista Paulo Bonavides, os direitos de Segunda Geração são atos de atuação do Estado na promoção do bem-estar social de sua população. BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva, 2014, 14 ed., pp. 570 – 572.

³⁷ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. In: Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS. 2º Ed.. Ministério da Saúde. 1998. pp 18-25

atividades de atenção à saúde.

No entanto, a viabilidade desse direito fundamental confronta um cenário desafiador que precisa ser superado para que o pleno exercício dos direitos à saúde seja implantado. Isso envolve a participação de diferentes atores do sistema de saúde, como os profissionais da área, a sociedade e os gestores de saúde escolhidos pelos respectivos gestores políticos.

Nesse contexto, o Congresso Nacional, as Câmaras Estaduais, Distritais e a Câmara dos Vereadores têm a responsabilidade de estabelecer os ordenamentos necessários para proporcionar o direito à saúde à sociedade. Além disso, é fundamental que os usuários do sistema público de saúde sejam ouvidos e considerados na formulação de leis voltadas para a gestão das políticas públicas. O resultado desse esforço conjunto - baseado em princípios éticos, compromisso social e privilegiado pelo reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental - seria positivo, resultando no fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, tornando-o pioneiro no mundo por meio de um conjunto de leis e seus complementos.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe, em suas cláusulas, a garantia de acesso à saúde pública - explicitamente na Seção II — da Saúde, Capítulo II — da Seguridade Social, Título VIII — da Ordem Social - sendo compreendida como resultado das políticas econômicas e sociais do Estado em defesa do interesse público e reconhecida como direito fundamental. Sua inserção na Constituição fez parte, ainda que tardiamente, de um movimento social oriundo da Europa.³⁸ Ele ratificava o direito à saúde como garantia constitucional, oferecendo ao povo condições mínimas de cuidados à saúde pública, moldada pela redação dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, sendo considerado o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS).³⁹

³⁸ A Carta de Ottawa apresentou conceitos modernos de assistência à saúde pública, visando à promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade, e a prevenção, como formas de gerir a saúde, influenciando as políticas de saúde dos países europeus. Organizações das Nações Unidas. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Genebra. 1986.

³⁹ BRASIL. Constituição (1988). Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. 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 mediante terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes. (...) Art. 199. A

Contudo, sua redação, na visão doutrinária de José Afonso da Silva,⁴⁰ tratava-se de uma norma de eficácia limitada com princípios programáticos - ainda que bastante discutida por doutrinadores - sendo redigida com comandos para os legisladores editarem normas complementares que viabilizassem a concretização da garantia à saúde.⁴¹

Para isso, Fernando Collor de Melo⁴² sanciona a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, fomentando disposições que servirão de guia para as ações e serviços de saúde pública praticados no Brasil, sendo inseridos moldes de atuação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde⁴³. Além de estabelecer o modo de administrar a saúde brasileira, com a participação de entidades privadas e filantrópicas no sistema de saúde, como complemento, a lei também estabeleceu os planos de integralização dos sistemas de atenção à saúde. Servindo de base para instituições de vigilância e sua manutenção, bem como para a prevenção de doenças, atenção nutricional, e outras importantes instituições ligadas ao Ministério da Saúde.

Como lei orgânica do Sistema Único de Saúde, era mister que se trouxesse a normatização do financiamento e sua gestão, aprimorando as diretrizes baseadas no planejamento e orçamento do Estado empenhado para a Saúde. No mesmo ano, Collor sanciona a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que insere em todas as esferas do governo a participação da comunidade. Conforme previsto na Constituição e na gestão do Sistema de Saúde, conduzindo a resoluções de questões relacionadas aos repasses dos recursos destinados à saúde nos Estados, Municípios e no Distrito Federal.⁴⁴

Ainda na Lei n.º 8.142/90, a União insere no SUS os Conselhos de Saúde,

assistência à saúde é livre à iniciativa privada. (...) Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (...).

⁴⁰ SILVA, José Afonso da. Aplicabilidade das Normas Constitucionais. 7.ed. São Paulo: Malheiros, 2007, p. 81.

⁴¹ VIANNA, Felipe Benedito. O controle de Constitucionalidade finalístico. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. 2010

⁴² Fernando Collor de Mello foi o primeiro presidente eleito por voto direto do povo após o regime militar, presidindo o Brasil entre 15 de março de 1990 a 29 de dezembro de 1992, após sofrer um processo de impeachment.

⁴³ COSTA, Ricardo Sergio Rocha. Descentralização, Financiamento e Regulação. A reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 90. Rev. de Sociologia e Política n° 18. 2002. p. 53.

⁴⁴ GOMES, José Felipe. Órfão, Nathalia. Desafios para efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2021. p. 1204.

conferindo legitimidade aos organismos de representação nos governos estaduais, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e os municipais, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde com partícipes da gestão do SUS.

Na Lei Orgânica do SUS, a redação da Lei n.º 8080/90, em seu artigo 7º, apresenta bases suficientes para nortear o plano de assistência à saúde. Ela oferece princípios finalísticos e exige que todos os atos normativos derivados dela respeitem a universalidade, a integralidade, a igualdade e a equidade do SUS, a fim de promover as condições de vida e saúde ao alcance de todos. Lê-se no texto:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I — Universalidade de acesso (...) II — Integralidade de assistência (...) III — Preservação da autonomia (...) IV — Igualdade da assistência (...) V — Direito à informação (...).

A aplicação efetiva dos princípios, conforme estabelecido no artigo 7.º, foi organizada consoante aos níveis de complexidade, atribuindo a atenção primária aos Municípios, a secundária ao Estado, e a terciária ao Estado e à União, além de assegurar sua regionalização, promovendo a eficiência e efetividade dos cuidados em determinadas regiões. Dessa forma, cumpre-se a determinação constitucional de que a responsabilidade pela efetiva atenção à saúde seja repassada para a gestão dos Municípios, Estados e Distrito Federal.⁴⁵

Em síntese, o SUS representa um marco no progresso social do Brasil, estabelecendo-se como um modelo de inclusão e atendimento universal em saúde. Com um olhar progressista, o SUS visa aperfeiçoar incessantemente o cuidado em saúde pública, promovendo a integração entre a saúde da população e a estrutura organizada do sistema.

1.3 Diretrizes e marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde

Durante o processo de implantação da assistência à saúde pública, foram positivadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que regulavam questões

⁴⁵ BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Art. 7.º, IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

voltadas à organização e descentralização do SUS, e orientavam os municípios e seus gestores a alocar os recursos destinados à saúde de forma eficaz e assertiva.

Com a NOB 91⁴⁶ e a NOB 93,⁴⁷ instaura-se a municipalização da saúde. Tal processo habilitou como gestores do sistema de saúde municipal as prefeituras - classificadas como semi plenas - com estrutura suficiente para receber recursos da União por meio de transferências regulares e automáticas no Fundo Municipal de Saúde. Nos Municípios incipientes, isto é, que possuíam uma estrutura de saúde básica, como ofertas de vacinas e controles limitados de doenças, seguiam-se as orientações da União no tocante à saúde municipal.

Já os Municípios de estrutura mediana foram classificados como parciais, pois conseguiam atender à demanda básica, como o cuidado à saúde das gestantes e políticas de vacinação. Nesse período, a instituição da Comissão Intergestores Bipartite⁴⁸ e da Comissão Intergestores Tripartite⁴⁹ - em âmbito estadual e federal, respectivamente - como instâncias colegiadas de decisão, auxiliaram diretamente a implantação do SUS, favorecendo a articulação entre gestores e as demandas federais, estaduais, e municipais de saúde.

No decorrer da implantação do SUS, os municípios passaram a ter duas formas de gestão: a Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal,⁵⁰ o que aprimorou o financiamento da atenção básica de saúde com pagamentos *per capita*⁵¹. Isso permitiu a implantação do Piso de Atenção Básica, uma mudança importante na gestão dos recursos na saúde, outrora escassos devido às dificuldades oriundas da descentralização da administração do SUS entre as esferas do governo.

⁴⁶ A NOB 91 estabeleceu aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

⁴⁷ A NOB 93 teve como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

⁴⁸ Foi constituída pela Resolução SADS — 12 de 28 de julho de 1999, como forma de discussão entre gestores de saúde, sendo um requisito central em sua constituição a representatividade do Estado e dos municípios, considerando seu porte e sua distribuição regional.

⁴⁹ Foi constituído pela Portaria n.º 1.180/GM, de 22 de julho de 1991, como colegiado intergovernamental, articulando questões operacionais do governo com gestores de saúde no âmbito nacional, estadual, municipal e distrital.

⁵⁰ Os modelos de gestão Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal partiram da publicação da NOB 96, em 6 de novembro de 1996, instituindo, além da gestão, a inclusão de funções aos gestores em todos os níveis do governo.

⁵¹ É uma expressão do latim, que significa exatamente por cabeça. No qual estipulou que os repasses fossem feitos medidos pela quantidade de pessoas e não por procedimentos realizados.

Assim, os repasses e os recursos disponíveis contribuíram para a Programação Pactuada e Integrada, que visava a definir e quantificar as ações de saúde na população residente em cada território, favorecendo os pactos Intergestores na dispensação dos recursos para a garantia do acesso à saúde pública.

Após cinco anos do sucesso da implantação do SUS, devido aos desafios vividos na condução dos Municípios e Estados, percebeu-se a necessidade do aprimoramento no campo da regionalização. Em 2001, foi implantada a fragmentação dos municípios em módulos e microrregiões, fruto das Normas Operacionais da Assistência à Saúde. Ela permitiu que a estratégia de hierarquização e regionalização ao nível municipal alcançasse a maior equidade, favorecendo os gestores locais na prestação dos serviços de saúde à população.

Com a plena implantação do SUS nos níveis municipais, a Portaria GM/MS n.º 2023, de 23 de setembro de 2004⁵² extinguiu a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Determinando a responsabilidade da gestão do Sistema Municipal de Saúde aos próprios municípios no campo da organização e da execução das ações de atenção básica à saúde.

Pouco mais de duas décadas após a publicação da Lei Orgânica da Saúde, o Decreto Federal n.º 7508 de 25 de junho de 2011, promulgado pela então presidenta Dilma Rousseff,⁵³ Apontou a necessidade de se aprimorar o processo de governança do SUS. Com a construção do modelo de governança de visão ascendente, baseado em mecanismos de alocação regional dos recursos, e de adequação na oferta de serviços e medicamentos. Em decorrência deste decreto, foi instituído como um marco a Região de Saúde, que apresenta ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e a vigilância em saúde regionalizada. O decreto permitiu também a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, com conceitos integrativos entre as esferas do governo, prevendo a implantação integral das ações e dos serviços da saúde.

Com efeito, o decreto apresentou avanços significativos, dentre eles as Portas

⁵² A resolução responsabiliza os gestores de saúde e explicita o poder do Ministério Público em fiscalizar ações gerais dos serviços de saúde, como o art. 129, II, da C.F.

⁵³ Dilma Vana Rousseff é economista e política, sendo a primeira presidenta do Brasil, de 1.º de janeiro de 2011 a 31 de agosto de 2016, após um processo de impeachment.

de Entradas, que otimizam a inserção da população nos serviços de saúde; as Comissões Intergestores, que agora podem compartilhar com o SUS formas de gestão regionais; os mapas da Saúde, que apresentam a distribuição geográfica da população; o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, que estabelece critérios para o diagnóstico de doenças ou problemas de saúde, com medicamentos e posologia recomendadas; bem como o mecanismo de controle clínico disponível no SUS.

O Poder Executivo sancionou a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, com o intuito de regular os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em defesa da assistência à saúde e ações voltadas para a sua prevenção e promoção. Nela, ratificam-se os percentuais mínimos do produto da arrecadação dos impostos, sendo para a União o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual correspondido à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). A título de exemplo, para melhor compreender a lei orçamentária e o investimento na área da saúde, no ano de 2023 a União repassará à saúde o valor investido em 2022 somado à porcentagem do PIB mensurado no mesmo ano. A determinação dos Estados e do Distrito Federal será de 12% (doze por cento) da sua arrecadação,⁵⁴ e aos Municípios e ao Distrito Federal, o montante de 15% (quinze por cento) da sua arrecadação.⁵⁵

Convém apresentar, neste entendimento, a Portaria n.º 2.135 de setembro de 2013, na qual o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes voltadas para o processo e planejamento do Sistema Único de Saúde. Ela cria o Plano de Saúde como instrumento central do planejamento e implantação de todas as ações de saúde nas esferas da gestão do SUS.

A Emenda Constitucional n.º 86, de 2015, apresenta o plano de destinação da arrecadação da União para saúde escalonadamente, determinando que, no ano da promulgação da emenda, ou seja, em 2015, o repasse mínimo será de 13,2%. Já

⁵⁴ BRASIL. Lei complementar 141. Art. 6.º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

⁵⁵ BRASIL. Lei complementar 141. Art. 7.º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

nos anos seguintes, serão de 13,7% 14,1%, 15,5% e, em 2019, o repasse mínimo da arrecadação será de 15% para a saúde.

Nessa complexa organização, baseada em regras que moldam a assistência pública de saúde, faz-se importante observar como o progresso do SUS foi possível, ao considerar que a participação do coletivo, somado ao empenho dos gestores públicos, permite fazer valer cada normatização do SUS. Contemplar o movimento que o Sistema Único de Saúde trouxe para o Brasil apresentou, diante de inúmeros elogios, a necessidade de estabelecer pactos éticos conceituais que previam um amadurecimento de todos os envolvidos na gestão do sistema.

Ciente desse aspecto moral, o Ministério da Saúde, juntamente ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), estabeleceu o Pacto pela Saúde como um conjunto de mudanças em três dimensões, nomeadamente o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto da Gestão do SUS. Que baseadas nas portarias n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, e n.º 699, de 30 de março de 2006, fomentaram diretrizes voltadas aos gestores do SUS em todas as esferas do governo. Surge então a necessidade de uma adesão através da aceitação do Termo de Compromisso de Gestão, que habilita as metas e compromissos destinados aos gestores de saúde.

O Pacto pela Vida, previsto pela GM/MS n.º 325, de 21 de fevereiro de 2008, traz o compromisso do gestor diante das questões sanitárias nas esferas do governo, além de definir suas metas e formas de alcance conforme necessidades regionais. No Pacto são defendidas também questões de Saúde do Idoso - crescente com o passar dos anos⁵⁶ - Saúde da Mulher, e prevenção da mortalidade materna e infantil, incluindo políticas de atenção às endemias, como dengue e malária.

No Pacto pela Vida foram estabelecidas metas para prevenir e adotar hábitos saudáveis de alimentação, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde. Que incluiu a Saúde do Homem, do Trabalhador, da Saúde Mental e a Inclusão da Pessoa com Deficiência, abrangendo a população de modo que todos tenham campanhas voltadas para prevenção de doenças crônicas.

⁵⁶ IBGE — INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Brasil. Estatísticas Sociais.

Através da Portaria n.º 339/GM II, o Pacto em Defesa do SUS firma o compromisso dos gestores de saúde em defender o Sistema Único de Saúde, com a paridade entre as políticas de saúde nos programas de governo, respeitando a dignidade humana e o direito da universalidade da saúde. Nesse mesmo sentido, o Pacto de gestão do SUS expressa a necessidade do cumprimento da descentralização, da regionalização, do financiamento e do planejamento do SUS em todas as esferas do governo. Firmando a atenção a doenças crônicas e de alta complexidade, com aspectos gerenciais da oferta dos serviços de saúde.

2. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A compreensão de uma estrutura hierarquizada reforça a responsabilidade dos gestores de saúde, favorecendo a governabilidade dos programas de atenção à saúde pública conforme a complexidade de cada usuário. Outrossim, a hierarquização do Sistema de Saúde não apenas favorece os gestores de saúde e os usuários dos serviços. Pois juntamente à regionalização dos serviços de saúde, garantiram uma divisão político-administrativa do país, abrangendo um território com mais 8.500.000 km², sendo a população brasileira constituída de 15,28% residentes em áreas rurais em contraste com 84,72% de residentes em áreas urbanas⁵⁷ nos 5.570 municípios.⁵⁸

Nesse sentido, a Lei Orgânica do SUS traz em seu Capítulo III a forma exclusiva sobre a Organização, Direção e Gestão das ações e serviços de saúde a serem executadas pelo SUS, concomitantemente com a participação da saúde suplementar e a iniciativa privada, baseadas na regionalização e hierarquização.

Tendo como base o caput do artigo 198 da Constituição Federal,⁵⁹ é notável a formação direcional, ainda que descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Porém, tal formação não deixa de ser única a todos os entes personalizados e

⁵⁷ IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População Rural e Urbana – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-2015). Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

⁵⁸ IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 1 de julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

⁵⁹ BRASIL. Constituição (1988). Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes. (...).

envolvidos na gestão da saúde, os quais devem integrar e articular, por meio de técnicas e práticas de gestão, visando ao cumprimento do dever do Estado no que tange à atenção à saúde.

2.1 Ministério da Saúde

No Brasil colonial, a criação da Organização Nacional de Saúde Pública do Brasil, em conjunto com o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil⁶⁰, em 1808, pode ser considerada o embrião da atenção à saúde por parte do Estado brasileiro. Naquele contexto, a saúde era entendida como a ausência de doença, e limitava-se à regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, com a missão de atender a alta demanda de doenças ocasionadas pela união microbiana⁶¹ decorrente da expansão marítima, colonização e chegada de pessoas escravizadas trazidas do continente africano.⁶²

Também em 1808, as primeiras faculdades de medicina são fundadas, com especial atenção às regiões portuárias do Rio de Janeiro e de Salvador,⁶³ contemplando em seus cursos disciplinas voltadas à atenção à saúde portuária, anatomia humana e medicina tropical,⁶⁴ sendo influenciadas pelas atualizações mundiais na saúde e pela Revolução Pasteuriana⁶⁵.

Com uma visão preventiva, por meio de medidas previstas em Decretos,⁶⁶ havia uma atenção rigorosa no combate à epidemia reinante⁶⁷ e socorrer os

⁶⁰ A atribuição do cargo de Provedor-Mor se estendia da prevenção e combate de epidemias, passando pela salubridade das cidades portuárias, visando à fiscalização dos portos, abastecimento de alimentos e quarentena de trabalhadores marítimos.

⁶¹ A união microbiana são doenças causadas por bactérias, vírus e protozoários, tornando-se resistentes diante de diversos fatores humanos, tropicais e medicamentoso, sendo os mais comuns a Tuberculose, Difteria, Coqueluche, Gonorréia, Meningite Meningocócica.

⁶² Foram escravizados cerca de 12 milhões de pessoas oriundas de diferentes regiões da África, sobretudo de Senegal, Gâmbia, Gana, Nigéria, Angola, Moçambique e Uganda.

⁶³ A Escola de Cirurgia da Bahia e a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, inauguradas na Bahia e no Rio de Janeiro, respectivamente, atendiam a demanda de saúde da época.

⁶⁴ É uma especialidade médica que atende demandas patológicas ocasionadas por vermes, insetos que se alastraram em países recém-colonizados, tornando a região habitável e rentável pelos europeus, sendo considerado o médico inglês Patrick Mason o pai dessa especialidade.

⁶⁵ Louis Pasteur descobriu através de seus estudos que germes, bactérias e vírus eram os maiores causadores de doenças, sugerido a assepsia e esterilização, surgindo um movimento de higienização e limpeza nas questões voltadas à saúde humana, conhecida como a pasteurização.

⁶⁶ BRASIL. Decreto nº 533 de 25 de abril de 1850. Art. 1º O Governo fica autorizado a despendar até a quantia de cem contos de réis nas medidas necessárias e convenientes a obstar em todo o Imperio a propagação da epidemia reinante e nos socorros dos enfermos necessitados, dando de tudo conta ao Corpo Legislativo.

⁶⁷ Em 1850, durante o Brasil Imperial, a Febre Amarela alastrava-se na província do Maranhão, sendo

enfermos e necessitados. Neste contexto, o governo concedeu ao Ministério do Império um crédito extraordinário⁶⁸ para melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias.

Nesta trajetória, o Ministério do Império, observando a evolução das práticas de atenção primária, idealizou o Regime da Junta de Hygiene Publica.⁶⁹ Com frequentes envios de créditos extraordinários para despesas de providências sanitárias destinadas ao combate à febre-amarela, à gestão do regulamento dos nascimentos e óbitos, à criação de providências quanto à desinfecção terminal nos casos de mortes por doenças contagiosas e desinfecção de casas e estabelecimentos públicos destinados aos cuidados com a saúde.

Após a Proclamação da República, com o surgimento de novas organizações sociais e da industrialização das cidades, a normatização médica e seu regulamento, bem como as políticas voltadas à saúde pública e o controle das práticas de cura e prevenção da doença, foram aprimorados. Mas ainda mantendo a visão do Regime da Junta de Hygiene Publica.

Durante a gestão do presidente Rodrigues Alves,⁷⁰ o médico sanitariaista Oswaldo Cruz⁷¹ - que estava à frente das iniciativas de Saneamento e Urbanização - apresentou medidas indispensáveis - e até drásticas - para criar o Código Sanitário.⁷² Até então estava sob jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sendo somente uma Diretoria Geral de Saúde Pública gerida por Oswaldo Cruz, que ocupava a posição de Diretor-Geral.

Os feitos de Oswaldo Cruz, ainda que polêmicos no campo da humanização dos cuidados, trouxeram uma visão sanitária à frente de seu tempo, uma vez que

responsável pelas melhorias na atenção à saúde, na ótica do Estado Imperial.

⁶⁸ BRASIL. Decreto nº 2663 de 6 de outubro de 1860. (...) Concede ao Ministerio do Imperio hum credito extraordinario de 200:000\$000 para occorrer durante o exercicio de 1860 - 1861, ás despezas feitas e por fazer a titulo de Soccorros Publicos.

⁶⁹ O Decreto nº 828 de 29 de setembro de 1851 instituiu e regulamentou a Junta de Hygiene Publica, apresentando direções relativas ao profissional médico, sendo exclusivamente formados pelas Escolas de Medicina do Brasil, a responsabilidade do Imperio aos cuidados sobre a Vacinação, a saúde do trabalhador portuarios, regulação da Policia Sanitária e da venda de medicamentos e substancia medicinais no Brasil.

⁷⁰ Francisco de Paula Rodrigues Alves foi um advogado e político brasileiro, sendo o quinto presidente do Brasil, com seu primeiro mandato nos anos de 1902-1906 e faleceu antes de assumir seu segundo mandato nos anos de 1918-1922.

⁷¹ Oswaldo Gonçalves Cruz foi um médico brasileiro, pioneiro na atenção à saúde pública como sanitariaista, bacteriologista e epidemiologista.

⁷² O Código Sanitário Brasileiro, reformado por Oswaldo Cruz, incorporava regras internacionais de atenção à saúde, contudo, adaptado à realidade Brasileira, com o foco no combate a doenças como a malária e a febre amarela, que predominavam em Rondônia e no Pará.

influenciou seu sucessor Carlos Chagas⁷³ e posteriormente Eloy Chaves⁷⁴ na criação de políticas de saúde e estruturas de atenção à saúde do trabalhador, sem a influência do Estado.

Carlos Chagas realizou uma importante reforma sanitária que foi posteriormente descrita como Regulamento Sanitário Federal,⁷⁵ e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública,⁷⁶ realizando seu desdobramento nas atividades de cooperação com os Estados Brasileiros, e instituindo também a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural.⁷⁷

Através do Decreto n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930, o então presidente Getúlio Vargas⁷⁸ criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Trazendo para este ministério todas as políticas de atenção à saúde pública, resultando no amadurecimento da Pasta e fazendo com que sua separação das questões de Educação ocorresse naturalmente. É fundado, então, o Ministério da Saúde.⁷⁹

Agora com um ministério próprio, questões de atenção à saúde nacional foram bem gerenciadas, com resultados alcançados por intermédio das Políticas Públicas de Saúde Nacionalmente, através dos Departamentos e Secretarias especiais, criadas no próprio Ministério da Saúde.

Retornando à Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde - agora maduro e com políticas eficazes - incorporou a responsabilidade ativa de atender as demandas brasileiras de saúde, no campo da promoção, prevenção e assistência à

⁷³ Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas foi um biólogo, médico sanitarista, infectologista, cientista e bacteriologista brasileiro, que trabalhou como clínico e pesquisador. Sucendo Oswaldo Cruz na atenção a doenças como Malária e a doença de Chagas, em homenagem à descoberta da doença causada pelo triatomíneo, conhecido como bicho barbeiro.

⁷⁴ Eloi de Miranda Chávez foi um advogado e político brasileiro, idealizador das Caixas de Aposentadoria e Pensões aos trabalhadores ferroviários, assegurando o acesso a assistência médica individualizada, por meio de valores pagos pelas empresas aos seus funcionários.

⁷⁵ BRASIL. Decreto Legislativo n.º 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, pp. 1-6, 1920.

⁷⁶ BRASIL. Decreto n.º 14.189, de 26 de maio de 1920. Dá Regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1157, 1921a.

⁷⁷ BRASIL. Decreto n.º 13.001, de 1 de maio de 1918. Dispõe sobre organização das comissões de médicos e auxiliares para o serviço de prophylaxia rural. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, p. 6237, 3 mai. 1918. Seção 1.

⁷⁸ Getúlio Dornelles Vargas foi advogado e político, presidindo o Brasil no primeiro mandato entre 1930-1945 e seu segundo mandato entre 1951 – 1954.

⁷⁹ BRASIL. Decreto n.º 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de n.º 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.

saúde dos brasileiros, e com a missão promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.⁸⁰

Há ainda a atribuição, dentre outras, de dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, e melhorando a vigilância à saúde, conferindo, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. É atribuição, também, instituir ações e serviços em conjunto com instituições federais, estaduais e municipais - podendo ser de Administração Direta e Indireta e suas fundações de atenção à saúde gerida pelo Poder Público - no tocante às Pesquisas e produções de insumos, medicamento, hemoderivados e equipamentos e serviços para a saúde.⁸¹

Incubido dessa nobre missão e as respectivas funções que ela acarreta, é natural que a organização do ministério, enquanto ente regido pela União, possua departamentos, secretarias e fundações aliadas, que promoverão uma atenção específica ao Sistema Único de Saúde. Considerando todas as questões concernentes - da atenção primária à terciária, bem como urgência e emergências, vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica - são de responsabilidade da União. Responsabilidade essa, porém, existente sob o viés da regionalização, isto é, de responsabilidade dos Estados e Municípios.⁸² Com efeito, o Sistema Único de Saúde brasileiro é um fenômeno ímpar, e serve de molde a países emergentes e de primeiro mundo por seus princípios norteadores,⁸³ incluindo a segmentação das responsabilidades que visa alcançar aquilo proposto na Carta Magna.

O gestor máximo da pasta é o Ministro da Saúde,⁸⁴ que conta com seus respectivos assistentes, entre eles os órgãos da Secretaria Executiva, Diretoria de

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 307, de 22 de fevereiro de 2021. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério da Saúde para os anos 2020 – 2023.

⁸¹ O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, à prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros.

⁸² BRASIL. Constituição (1988). Artigo n.º 23 É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (...) II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; (...).

⁸³ Os princípios e diretrizes do SUS, bem como suas linhas de entendimento previstas na Constituição Federal, versam sobre a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado dos serviços de saúde.

⁸⁴ Escolhido pelo chefe do executivo em exercício.

Integridade e Consultoria Jurídica.

O Ministério da Saúde conta com diversas secretarias especializadas, cada uma com seu foco de atuação: Atenção Primária à Saúde, voltada para a saúde básica; Atenção Especializada à Saúde, dedicada aos serviços especializados; Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, promovendo a pesquisa e inovação; Saúde Indígena, para populações nativas; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, administrando recursos humanos e educação; Informação e Saúde Digital, para o gerenciamento de dados e sistemas de informação; e Vigilância em Saúde e Ambiente, para a prevenção e controle de riscos à saúde pública.

Ainda sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, porém possuindo autonomia administrativa e financeira, encontramos os Órgãos Vinculados, também conhecidos como Autarquias.⁸⁵ Tais autarquias possuem relevância dentro e fora do Ministério. São elas: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Fundação Oswaldo Cruz, a Fundação Nacional de Saúde, o Instituto Nacional de Câncer José Gomes Alencar Gomes da Silva, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad e a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia.

Sendo compreendido a estrutura básica da organização do ministério e seus entes, faz-se necessário compreender que o Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS. Portanto, o responsável por formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho de Saúde Suplementar e com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Contudo, todas as ações relacionadas à saúde de determinadas categorias, regiões e patologias, incluem o Ministério da Saúde na Comissão Bipartites⁸⁶ e Tripartites,⁸⁷ por abranger questões de cunho Estadual ou Municipal.

⁸⁵ As autarquias são pessoas jurídicas de direito público com autonomia de autogestão, patrimônio e receita própria, além de gerir atividades típicas na Administração Pública.

⁸⁶ A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma instância de negociação e pactuação entre gestores municipais de saúde com o gestor Estadual de saúde, conforme preconizado na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, promulgada em 1993, e na Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS, aprovada pela Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012.

⁸⁷ As Comissões Intergestores Tripartites (CIT) um espaço de diálogo entre os órgãos e entidades de atenção à saúde, entre os Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, visando fortalecer o Sistema Único de Saúde, através de seus representantes, diante do consenso nas tomadas de decisões.

2.2 Secretaria Estadual da Saúde

No Brasil há 26 Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que possuem a solidária função de gerir as atividades relacionadas à saúde no nível Estadual, conforme determina o artigo 17.º da Lei n.º 8080/90, a Lei Orgânica⁸⁸ do SUS. Que por sua vez se baseia nas determinantes da Constituição Federal e nas atribuições pertencentes ao Ministério da Saúde. Para tanto, é intrínseco o dever das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em fortalecer o SUS. Pois este garante a atenção integral à saúde da população por meio de ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, seguindo os programas determinados pelo Ministério da Saúde conforme as discussões periódicas para a Programação Anual de Saúde (PAS),⁸⁹ juntamente com o CONASS.⁹⁰

Convém mencionar que a repartição de competências entre a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, são parte da Estrutura Político-Administrativa da Federação desde a Constituição Federal de 1988. Pois o princípio geral que norteia a repartição de competência entre as entidades componentes de Estados Federados é o da predominância do interesse, segundo o qual caberá à União as matérias e questões de interesse geral nacional. Ao passo que aos Estados caberão as matérias e assuntos de interesse regional, e aos

⁸⁸ BRASIL. Lei n.º 8080/90. Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

⁸⁹ É o instrumento de gestão que anualiza as intenções expressas nas metas do Plano Nacional de Saúde (PNS). Em sua programação, fica evidenciada a forma de alocação dos recursos orçamentários que deverão custear as políticas sob gestão do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais, Municipais e Distrital de Saúde.

⁹⁰ O CONASS é uma entidade sem fins econômicos composta por Secretários Estaduais e do Distrito Federal que buscam dar assessoria técnica aos Estados no campo da gestão à saúde, promovendo o aprimoramento do SUS, com base em pesquisas e informações científicas.

Municípios os assuntos de interesse local.⁹¹

Nesse sentido, os Estados possuem autonomia de gestão regional, lastreada nos princípios do SUS, e ratificada por meio de Decretos Estaduais. Gerindo uma estrutura básica, contando com o Secretário de Estado da Saúde, com seus respectivos Conselhos Técnicos Administrativos e de Vigilância, com a Comissão Interinstitucional de Saúde, Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde, com o Fundo Estadual de Saúde. Além de contar com a Consultoria Jurídica e Coordenação de Administração Geral e de Documentação, e a gestão dos Departamentos Regionais de Saúde de seu respectivo estado, entre outros previstos em lei, sendo esses departamentos ligados à gestão direta das Secretarias de Saúde.

Na Administração Indireta, com interesse de cunho regional, contamos com as Autarquias, como a Superintendência de Controle de Endemias e o Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos Estaduais. Incluído neste conceito, encontramos as Fundações, das quais destacamos as do Estado de São Paulo, como a Fundação Adolfo Lutz⁹² e a Fundação Instituto Butantã.⁹³

Por fim, essa estrutura e autonomia de gestão visam a atender a incorporação de serviços de saúde ao nível ministerial e de outras SES, a criação de novos órgãos e aprimoramento dos existentes. Com o intuito de suprir as necessidades dos municípios e atividades secundárias e terciárias da saúde, além de transferir os serviços e atenção à saúde para os municípios. Contudo, as SES possuem condições de gerir seus hospitais, contratar serviços de apoio e adquirir insumos para sua rede de atenção à saúde, bem como intervir em situações emergenciais de saúde nos municípios.⁹⁴

⁹¹ CÉSAR, Paulo Sergio Mendes. Competências constitucionais do sistema federativo envolvendo funções públicas de interesse comum em regiões metropolitanas. Interações. pp.141–157.

⁹² A Fundação Adolfo Lutz é um laboratório público especializado em ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. Ele foi fundado em 1940 e está sediado no Estado de São Paulo.

⁹³ A Fundação Butantan é um centro de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias voltadas para a produção de insumos imunobiológicos. Fundada em 1989, a instituição está sediada no estado de São Paulo

⁹⁴ BRASIL. Constituição (1988). Art. 35. O Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, exceto quando: (...)III - não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde (...).

2.3 Secretaria Municipal da Saúde

Como parte do conceito de Federalismo e sua repartição de poderes e deveres, como previsto no artigo 18 da Constituição Federal,⁹⁵ no tocante ao SUS e as suas distribuições de poderes - tendo em vista sua hierarquia e autonomia - observamos a atenção à saúde local prevista como competência comum.⁹⁶ Que confere ao SUS o dever de legislar sobre ela,⁹⁷ sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). E manterá sua atenção direcionada a questões relacionadas à prevenção e promoção da saúde, mas que atende também, em determinadas regiões, questões de maior demanda técnica e tecnológica, desde uma consulta com o médico - através da Estratégia de Saúde da Família⁹⁸ (ESF) - até cirurgias cardíacas infantis, como ocorre no Município de São Paulo.⁹⁹

Contudo, cabe aos municípios atender os princípios do SUS, como promover, gerir, planejar, organizar e controlar a execução das ações e dos serviços de saúde no âmbito local, sempre defendendo a universalidade, integralidade e equidade de suas ações. Para tal, encontramos positivado na Lei Orgânica do SUS, no artigo 18, suas atribuições,¹⁰⁰ de sorte que todos os Municípios, inclusive o Distrito Federal,¹⁰¹

⁹⁵ BRASIL. Constituição (1988). Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.

⁹⁶ BRASIL. Constituição (1988). Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (...)II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência(...)

⁹⁷ BRASIL. Constituição (1988). Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

⁹⁸ É um plano de atenção à saúde da família criado em 1994 visando à prevenção, a promoção e a recuperação, com os princípios do SUS, na atenção à família, partindo da entrada do cidadão ao sistema de saúde público.

⁹⁹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura amplia parceria com Beneficência Portuguesa para realização de cirurgia pediátrica.

¹⁰⁰ BRASIL. Lei 8080/90. Art. 18. A direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e) de saúde do trabalhador; V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

¹⁰¹ BRASIL. Lei 8080/90. Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados

deverão gerenciar a saúde em suas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente, a fim de manter a organização e o bom desenvolvimento do SUS.

Como apoio a essa gestão, as SMS contam com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde no tocante a questões de maior complexidade não amparadas no âmbito local. Contam com apoio também em situações como endemias,¹⁰² doenças com notificação compulsória,¹⁰³ e outras questões que impactarão os demais entes Estatais.

Ademais, no que diz respeito ao apoio aos municípios, os gestores contam com o CONASEMS,¹⁰⁴ que se legitimou por força social e política em defesa dos gestores municipais do país. Defendendo a visão de que o sistema de saúde pública seria mais eficaz quando os municípios gerenciarem suas políticas de saúde do ponto de vista local.

Assim, os Municípios possuem seus próprios planos de administração, podendo, em muitos casos, dividir o município em Regiões de Redes de Atenção à Saúde (RRAS), no qual delimitam seus territórios geograficamente. De modo que consigam determinar quais equipamentos de saúde serão instalados e quais serão as predominâncias de necessidade regionalizada, além de empreender os recursos públicos de forma coerente e personalizada.¹⁰⁵

Portanto, é possível observar a estrutura das Secretarias Municipais de Saúde e entender a responsabilidade que cada cargo e departamento possui. Cada município tem a prerrogativa de atribuir mais ou menos importância a determinadas questões, conforme previsto legalmente. As principais funções são desempenhadas pelo Secretário Municipal de Saúde, que conta com o apoio de sua Assessoria Jurídica, de Comunicação e de Vigilância Sanitária. Juntamente com ele, temos o secretário adjunto, Assessoria Técnica, Gerenciamento de Controle Interno e

e aos Municípios.

¹⁰² Endemia é o termo usado para descrever doenças com predominância local, que se não combatidas poderão disseminar a outras regiões. Nas quais são as mais comuns, a malária e a febre-amarela.

¹⁰³ A designação de doenças de Notificação Compulsória é criada pelo Ministério da Saúde a fim de observar a incidência de determinadas doenças no território nacional, prevendo assim, a demanda de recursos e as políticas públicas de saúde.

¹⁰⁴ O CONASEMS é uma entidade sem fins econômicos, fundada em 12 de abril de 1988, sendo composta por Secretários Municipais de Saúde que buscam assessorar tecnicamente os respectivos Secretários Municipais de Saúde, cabendo a estes, a liberdade de gerenciar seus recursos, baseados nas demandas Estaduais e a luz do SUS.

¹⁰⁵ A organização por meio das RAS na atuação municipal proporciona uma rede de saúde regionalizada e resolutive na população dividida e atendida pelo programa de saúde pública local.

Ouvidoria, a Gerência de Recursos Humanos, Financeiro e Contábil, e as Gerências de Obras, Tecnologia, Planejamento, de Estratégias na saúde Primária e da Saúde da Família

3. SEGURANÇA JURÍDICA DA SAÚDE

Com a influência dos movimentos sociais sanitaristas nacionais¹⁰⁶ e internacionais,¹⁰⁷ que pautaram questões relevantes como a universalização do acesso aos serviços de saúde e a responsabilização do Estado pela sua garantia, o Brasil foi estimulado a reconhecer a saúde como um dos pilares da Proteção Social. Esse movimento ganhou ainda mais força com a promulgação da Constituição em 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com isso, o país assumiu o compromisso de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, além de fomentar políticas públicas que promovessem a prevenção e o tratamento de doenças.^{108 109}

A saúde, sendo um dos pilares da Proteção Social, tem sua gestão designada como um dever jurídico do Estado. Este, por sua vez, assume a promoção de políticas públicas e o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população. Para honrar esse dever, o Estado promove ações em defesa do direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição. Além disso, as Leis Complementares e Infraconstitucionais fomentam ações administrativas e soluções de conflitos, visando atender às necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a saúde se configura como um direito fundamental do cidadão, garantido por lei, e incumbe ao Estado assegurar o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, cabendo ao Poder Executivo gerenciar ações de cuidado com a

¹⁰⁶ O Movimento da Reforma Sanitária iniciou em 1970 com o apoio da sociedade e dos profissionais de saúde.

¹⁰⁷ Os movimentos sociais brasileiros foram influenciados pela Carta de Ottawa, Declaração do México, Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá e a Declaração de Jacarta.

¹⁰⁸ ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. pp. 323 – 337.

¹⁰⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

saúde, incluindo a gestão dos equipamentos e a elaboração de políticas públicas para o SUS. Nesse sentido, é importante destacar a competência legislativa, que permite a elaboração de normas que estabeleçam as diretrizes fundamentais para o desenvolvimento do SUS, tais como a Lei Orgânica da Saúde e sua Lei Complementar.

Ademais, a extinção do INAMPS - modelo de gestão de saúde anterior ao SUS - marca o início das medidas, legais e administrativas, que demonstram a busca do Estado pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Conjuntamente, essas ações visam garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, bem como o fortalecimento do SUS como uma política pública essencial para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida.¹¹⁰

Sucintamente, cabe ao Poder Legislativo formular e estabelecer leis, e sancionar decretos acerca da saúde, abrangendo desde a criação da Lei 9.055 de 1995, que disciplina o uso de asbesto e amianto,¹¹¹ até a Lei 14.510 de 2022, que autoriza e orienta a prática de telessaúde no Brasil.¹¹² Além disso, cabe ao Poder Judiciário, com base nas leis e respeitando a Constituição, julgar e exercer funções específicas. Como exemplo, fiscalizar as ações do Poder Executivo na área da saúde, tornando emblemático, assim, o fenômeno da judicialização da saúde, em que os atos do Poder Executivo são realizados por determinação do Poder Judiciário.

A estruturação dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário como independentes e harmônicos tem como base a tripartição de poderes¹¹³ conceituada por Montesquieu¹¹⁴ em sua obra que versa sobre a organização do Estado.¹¹⁵ Tal

¹¹⁰ LOBATO. Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia; Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. pp. 89-92.

¹¹¹ BRASIL. Lei nº 9.055, de 1º de junho de 1995. Dispõe sobre a utilização dos recursos provenientes da arrecadação do Adicional ao Frete para Renovação da Marinha Mercante (AFRMM), na proteção ambiental e dá outras providências.

¹¹² BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional.

¹¹³ BRASIL. Constituição (1988). Art. 2º. São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

¹¹⁴ Charles-Louis de Secondat, barão de Lá Brède e de Montesquieu, conhecido como Montesquieu, foi um político, filósofo e escritor francês. Ficou famoso pela sua teoria da separação dos poderes, atualmente consagrada em muitas das modernas constituições internacionais, inclusive a Constituição Brasileira.

¹¹⁵ MONTESQUIEU, Charles de Secondat. O Espírito das Leis. Tradução de Jean Melville. São Paulo: Martin Claret, 2002.

divisão de poderes visa a garantir o controle político e o respeito aos direitos e garantias individuais dos cidadãos. Em nosso estudo, os três poderes mantêm, solidariamente, a responsabilidade de preservar os princípios e garantias fundamentais à saúde. Oportunamente, essa mesma divisão de poderes equilibra o gerenciamento do SUS, tornando-o eficiente desde a sua concepção até o desenvolvimento diário das ações e políticas preventivas de saúde, resultando em um sistema exemplar - sobretudo gerenciável - que segue os pressupostos de sua idealização e respeita o Estado Democrático de Direito.¹¹⁶

3.1 Atuação do Poder Executivo

Presente desde a Constituição de 1824 e consagrado como um dos 4 poderes existentes, o Poder Executivo¹¹⁷ - juntamente com o Poder Moderador¹¹⁸ - regia a manutenção, o equilíbrio e a harmonia dos demais Poderes. Sua função era desempenhada pelo então Imperador Dom Pedro I, o qual era também responsável por dirigir o Império do Brasil através de suas ações e financiamentos. Ademais, cabia ao Poder Executivo da época chefiar os ministros de Estados, que, por sua vez, chefiavam os presidentes das províncias.¹¹⁹ ¹²⁰ O Poder Executivo consolidou-se, então, como gestor das ações do Segundo Reinado, e posteriormente - após a Proclamação da República em 1889 - consolidou-se também como principal gestor no sistema presidencialista, incumbindo o chefe do Executivo do dever de mando sobre as ações do Estado diante das políticas existentes.

Na área da saúde, o Poder Executivo - tendo Deodoro da Fonseca¹²¹ como o então incumbente - iniciou sua gestão enfrentando as epidemias de febre amarela e

¹¹⁶ TRAVASSO. Claudia; CASTRO. Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. pp. 89-92.

¹¹⁷ BRASIL. Constituição Política do Imperio do Brazil de 25 de março de 1824. Artigo 102. O Imperador é o Chefe do Poder Executivo, e o exerce pelos seus Ministros de Estado.

¹¹⁸ BRASIL. Constituição (1824). Artigo 98. O Poder Moderador é a chave de toda a organização Política, sendo delegado privativamente ao Imperador, como Chefe Supremo da Nação, e seu Primeiro Representante, para que incessantemente vele sobre a manutenção da Independencia, equilibrio, e harmonia dos mais Poderes Políticos.

¹¹⁹ CABRAL, Dilma. MAPA. Memória da Administração Pública brasileira. Poder Moderador. pp 1-3.

¹²⁰ A função do presidente da província assemelhava-se à figura do governador de Estado na Constituição atual.

¹²¹ Manuel Deodoro da Fonseca, foi um militar e político brasileiro, que após um golpe de Estado, instaurou a República no Brasil, sendo o primeiro Presidente do Brasil, governando entre 1889 a 1891.

varíola. Na linha de frente deste cenário estava o médico Oswaldo Cruz, que coordenou as primeiras políticas públicas de saúde da República, inicialmente no Rio de Janeiro e alcançando posteriormente todas as cidades brasileiras.

Ao longo da história, desde a Proclamação da República, o Poder Executivo brasileiro passou por grandes mudanças, como golpes de estado e processos de redemocratização.¹²² Atualmente, contudo, o equilíbrio e a harmonia entre os poderes são garantidos e preservados pela Constituição Cidadã, permitindo que políticas públicas eficazes sejam implementadas para assegurar a segurança e a qualidade do sistema de saúde.¹²³

Assim, o dever de gerir as ações do Estado fica a cargo do chefe do Poder Executivo Federal, representado pelo Presidente da República, que no Brasil reúne as funções de chefe de Estado e chefe de Governo. Ao passo que o Governador é o chefe do Poder Executivo Estadual ou Distrital e o Prefeito é o chefe do Poder Executivo Municipal. Nessa perspectiva, os chefes do Executivo - enquanto representantes eleitos democraticamente pelo povo através do voto direto - possuem a responsabilidade de gerir e executar as políticas públicas que lhes competem. Incluindo a gestão do SUS, ainda que limitados - enquanto entes federativos - a gerenciar as demandas locais, tomando como referência as normativas Constitucionais na defesa dos direitos e garantias Fundamentais.

Sob a égide do Poder Executivo Federal está o Ministério da Saúde, ordem máxima do gerenciamento do SUS, como mencionado anteriormente. O ministério é responsável pela garantia do acesso universal, equitativo e integral à saúde através das políticas públicas, pela gestão dos recursos e serviços de saúde, pela regulação do setor, pela promoção de prevenção e controle de doenças, e pela garantia da qualidade dos serviços prestados.

Os Poderes Executivos estaduais, distritais e municipais trabalham de forma colaborativa no gerenciamento da saúde, conforme os preceitos mencionados. São responsáveis por garantir a participação social por meio dos Conselhos de Saúde,

¹²² O Estado Brasileiro sofreu a Revolta Armada (1891), Revolução (1930), Deposição de Getúlio Vargas (1945) e o Golpe (1964).

¹²³ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. História constitucional do Brasil. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1989.pp. 481 – 482.

que têm a função de acompanhar, fiscalizar e propor ações para melhorias na eficiência da saúde pública.¹²⁴

O papel do Poder Executivo na administração das ações do SUS é crucial; contudo, essa gestão é interdependente, exigindo dos Poderes Legislativo e Judiciário apoio na destinação de verbas, inovação tecnológica e elaboração de políticas para minorias, além de suporte na arbitragem de disputas na saúde.

Nesse sentido, o planejamento em saúde constitui uma macro função fundamental, resultando no direcionamento da política de saúde ao envolver a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária brasileira. Abrangendo questões de identificação de necessidades, de prioridades e diretrizes de ação, bem como a elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação entre os Poderes, e mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas.¹²⁵

Da mesma forma, os Poderes Executivos estaduais, distritais e municipais, que cumprem seu papel na gestão do SUS baseando-se nas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, agem de forma hierárquica e regionalizada, garantindo transparência em suas ações para assegurar a segurança jurídica da saúde em todos os entes federativos.

Evidenciando aqui o Poder Executivo Municipal no tocante à saúde, a Secretaria Municipal da Saúde - órgão da administração pública estudada anteriormente - responde diretamente ao chefe do Executivo Municipal. Com a missão de gerir o SUS em consonância com suas necessidades, em consonância com as questões do Estado no qual o município está inserido.¹²⁶ Assim, a segurança jurídica da saúde abrange não apenas o fornecimento dos serviços de saúde pelo Poder Executivo Municipal, mas também a garantia da transparência na gestão e utilização dos recursos públicos. Isso inclui a prestação de contas à população sobre a aplicação dos recursos e a efetividade das políticas de saúde implementadas.

¹²⁴ LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado. 26. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2022. pp. 2436-2437.

¹²⁵ PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. pp. 81-85.

¹²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: Sistema Único de Saúde - Instrumento de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

Em suma, o Poder Executivo - enquanto provedor da gestão direta do SUS - possui o dever de promover a transparência e a *accountability*¹²⁷ na gestão da saúde, resultando na segurança e eficácia das ações promovidas, uma vez que o Estado possui o dever de garantir a saúde aos brasileiros.

Cabe ainda aos Poderes Executivos estaduais, distritais e municipais atuarem em consonância com os preceitos legais e normativos que regem a área da saúde, a fim de garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde. Pautando-se pela dignidade da pessoa humana e pelo respeito aos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal.¹²⁸

3.2 Atuação do Poder Legislativo

Desde sua criação, o Poder Legislativo possuía a capacidade de legislar. No entanto, o Imperador detinha o poder de sancionar decretos e resoluções da Assembleia Geral e conselhos provinciais, além de poder convocar, prorrogar, adiar e dissolver a Câmara dos Deputados. Dessa forma, a sanção real não apenas controlava as decisões do Legislativo, mas também limitava a soberania popular, que passava a ser partilhada entre o Legislativo e o Poder Moderador. Esse cenário, porém, foi se modificando com a evolução político-administrativa brasileira.¹²⁹

Partindo do período pós-constituente, a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o Poder Legislativo passou a exercer seu papel nas políticas públicas de saúde. Trazendo à agenda discussões acerca dos aprimoramentos na área, bem como do recém fundado SUS, de modo que as demandas e necessidades fossem discutidas entre os pares, atentando-se inclusive à pertinência da temática sobre o sistema público de saúde.

É importante observar a estrutura do Poder Legislativo e suas esferas para podermos compreender a importância da segurança jurídica aplicada à saúde, estando cientes de que cabe ao Legislativo - sendo o ato de legislar parte das suas

¹²⁷ Termo em inglês usado para descrever a responsabilização de organizações e instituições públicas e privadas na transparência da gestão e prestação de contas.

¹²⁸ SOUSA, William Silva; CAMPOS, Juliana Bonomi Santos. Accountability e mensuração de performance: a relação entre os municípios e o índice de efetividade de gestão municipal (IEG-M) através do estudo de caso dos serviços de saúde pública. Cadernos EBAPE-BR, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pp. 161-177.

¹²⁹ ARMITAGE, João. Senado Federal. História do Brasil. Brasília, DF: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2009. pp. 156-160.

funções típicas - as ações fiscalizatórias do Poder Executivo no que diz respeito à saúde; a atuação exclusiva, como a criação de Regiões de Atenção à Saúde¹³⁰ de forma colaborativa entre União, estados e municípios na defesa desse direito; a cobrança das estratégias das políticas de saúde incluindo o funcionamento dos aparelhos; o uso dos recursos públicos; e o processo e julgamento das ações do Executivo, seu Ministério e suas Secretarias de saúde.¹³¹

Assim, cabe ao Poder Legislativo gestar a escalada de necessidades provenientes do SUS, buscando o equilíbrio entre os Poderes Executivo e Judiciário no tocante às questões orçamentárias,¹³² que se iniciou com a Lei Complementar da Lei Orgânica, estendendo-se até o impacto da pandemia de Sars-Cov-2¹³³ na população brasileira.¹³⁴

Neste contexto, o Poder Legislativo - em âmbito federal, estadual e municipal - participou ativamente na contenção da pandemia, estabelecendo os Regulamentos Sanitários Internacionais recém-revistas e buscando a contenção da doença no território brasileiro.¹³⁵ Portanto, coube ao Congresso Nacional dispor de medidas de enfrentamento à pandemia, orientando a população quanto à necessidade de isolamento, quarentena, e determinando a obrigatoriedade de testes laboratoriais e de amostra clínica visando tratamento específico - profilático ou curativo. Coube ao Congresso, também, orientar o Poder Executivo quanto às dinâmicas de trabalho durante a pandemia.¹³⁶

¹³⁰ São consideradas estratégias de atenção à saúde adotadas pelo SUS para organizar a oferta de serviços e ações de saúde de forma regionalizada, buscando a atenção integral.

¹³¹ BONAVIDES, Paulo. Curso de direito constitucional. São Paulo: Malheiros, 2019. pp. 298-301

¹³² A determinação dos gastos destinados à saúde foram definidos na Lei Complementar nº 141/2012, que dispõe dos valores mínimos a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, tornando um norte para o Poder Executivo na gestão orçamentária do SUS.

¹³³ Nome científico dado ao vírus da COVID-19.

¹³⁴ TEIXEIRA, Maria Glória et al. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 10, n. 2, 2009. pp. 126 – 144,

¹³⁵ O Regulamento Sanitário Internacional é considerado uma proposta de prevenir, proteger, controlar e prover respostas de cunho público à disseminação internacional de doenças, que vincula 194 países da OMS, inclusive o Vaticano e Liechtenstein, iniciado em 1969 que previa a contenção da varíola, cólera, febre-amarela e a peste.

¹³⁶ REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL. Revisão do Regulamento Sanitário Internacional 2005. (...) Artigo n.º 5. INSTA os Estados Membros a: (1) desenvolver, fortalecer e manter as capacidades exigidas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a mobilizar os recursos necessários para esse fim; (2) colaborar ativamente entre si e com a OMS, em conformidade com as disposições relevantes do Regulamento Sanitário Internacional (2005), de modo a garantir sua implementação efetiva; (3) apoiar países em desenvolvimento e países com economias em transição, caso assim o solicitarem, no desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades de saúde pública exigidas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005); (4) tomar todas as medidas adequadas para favorecer os propósitos e a eventual implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), antes de sua entrada em vigor, incluindo o

Concomitantemente, os Legislativos Estaduais e o Distrital apresentaram regramentos aos seus respectivos estados baseando-se, com maior ou menor rigor, nas determinações Federais. Respeitando a legalidade Constitucional, a título de exemplo, o Estado de São Paulo determinou o *lockdown*¹³⁷ em todo território Paulista, bem como o uso obrigatório de máscaras sob pena de multa.¹³⁸

Enquanto isso, os Legislativos municipais seguiam seus respectivos estados, estabelecendo, por meio de Leis e Decretos Municipais, medidas necessárias para conter o avanço da pandemia. Um exemplo disso foi a flexibilização do Município de São Paulo na contratação de tecnologia e mão de obra para a contenção da Covid-19, sob influência da Secretaria Estadual de Saúde.¹³⁹

Essa competência de legislar, a qual cabe à União, aos Estados e aos Municípios, está prevista na Constituição. Todavia, os conflitos nos assuntos ligados à saúde deverão seguir o rito constitucional, e, ainda que pareça controverso, cabe aos municípios legislar em quesitos locais, ao passo que cabe ao Estado legislar para complementar as diretrizes propostas pelo Legislativo Federal.

Com efeito, é importante entender que o Poder Legislativo Federal possui o dever de atender as demandas da saúde conforme lhe são apresentadas. Caso isso não ocorra, os representantes das respectivas Câmaras Estaduais e Municipais deverão propor leis que atendam os interesses que atendam políticas públicas ligados a saúde e o bem-estar social.¹⁴⁰

Ainda assim, o Poder Legislativo padece pelas forças ligadas aos interesses religiosos e de mercado, que afetam as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e ao campo dos direitos sexuais, aborto e as questões reprodutivas, seja por influência moral, religiosa e ideológica.¹⁴¹

desenvolvimento das capacidades de saúde pública e dos dispositivos legais e administrativos necessários, e, em particular. (...);

¹³⁷ É um termo em inglês que referencia o isolamento motivado, determinado pelo Estado a população

¹³⁸ Em São Paulo a multa para pessoas físicas pode variar de R\$ 524,59 a R\$ 5.025,02, enquanto para estabelecimentos comerciais, a multa pode chegar a R\$ 50.000,00, conforme SÃO PAULO. Decreto Estadual n.º 64.881, de 22 de março de 2020.

¹³⁹ SÃO PAULO (Estado). Lei n.º 17.335 de 27 de março de 2020. Dispõe sobre autorização de medidas excepcionais no âmbito dos contratos administrativos de prestação de serviços, finanças públicas e outras medidas em face da situação de emergência e estado de calamidade pública decorrentes do coronavírus, no âmbito do Município de São Paulo. Diário Oficial do Município.

¹⁴⁰ LOTTA, Gabriela (org.). Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: ENAP, 2019. pp. 180 – 182.

¹⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Direito sanitário: tópicos selecionados. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

A segurança jurídica da saúde atribuída ao Poder Legislativo se torna efetiva quando ele, no uso de suas atribuições e responsabilidades estabelecidas por lei, age de maneira imparcial para garantir que os direitos humanos relacionados à saúde sejam decididos imparcialmente. Além disso, movimentos articulados baseados na polarização dos interesses podem influenciar a idealização de regras que impactarão sorrateiramente o Sistema Único de Saúde.¹⁴²

Uma discussão que será aprofundada posteriormente neste estudo tratará de questões inerentes à gravidez, compreendendo-a desde a geração do óvulo até o puerpério. Tal discussão tem sido um dos maiores geradores de indenização na esfera do erro médico, trazendo à tona a necessidade de intervenção do Poder Legislativo nas ações que visem a disciplinar o SUS e seus profissionais na atenção à saúde da mulher gestante.¹⁴³

O papel do Poder Legislativo tem mudado ao longo dos diferentes mandatos, deixando de ser apenas um órgão que fazia pronunciamentos críticos e pedidos de providências ao Executivo e Judiciário para se tornar mais atuante e fiscalizador. Um exemplo disso é a fiscalização do uso de verba pública na vacinação contra a Covid-19, na atuação do Executivo com relação às ações perante os entes Federados, e a convocação de entidades privadas de saúde para esclarecimentos epidemiológicos. Dessa forma, o Poder Legislativo Federal apresentou 2.316 proposições, além de um levantamento que considerou as produções do tema saúde nos anos iniciais do SUS. Das 57 leis aprovadas, 38 foram criadas no Congresso Nacional, demonstrando claramente o envolvimento do Legislativo com a atenção à saúde.¹⁴⁴

Em suma, as questões relacionadas à atenção sanitária, epidemiologia e saúde pública têm sido amplamente gerenciadas pelo Congresso Nacional, Assembleias Legislativas Estaduais, Câmaras Legislativas Municipais e pela Câmara Legislativa do Distrito Federal, garantindo o respeito à Constituição Federal em

¹⁴² DALLARI, Dalmo de Abreu. Normas gerais sobre saúde: cabimento e limitações. Fundação Nacional de Saúde, 2002.pp. 64-68

¹⁴³ DINIZ, Simone Grilo et al . Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. São Paulo , v. 25, n. 3. pp. 2-3

¹⁴⁴ BEM, Ivan Pricken de; DELDUQUE, Maria Célia. Análise da Produção Legislativa em Saúde na 54ª e 55ª Legislaturas do Congresso Nacional do Brasil: o que os parlamentares produzem em saúde?. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. Physis, 2018 28(4), 2018.

relação aos direitos e garantias fundamentais, especialmente no que se refere à saúde e às demandas relacionadas a ela.¹⁴⁵

Em sua criação, quando incorporou em seus princípios e diretrizes o conceito de universalidade, o Sistema Único de Saúde não possuía condições de prever os usuários das políticas públicas de saúde. Por exemplo, pessoas de múltiplas nacionalidades buscaram os cuidados oferecidos na atenção a AIDS/HIV.¹⁴⁶ Tampouco se poderia prever que a integralidade do sistema incluiria o fornecimento de medicamentos de altíssimo custo,¹⁴⁷ e menos ainda se pode prever as mudanças impostas pela pandemia de Covid-19, que trouxe mudanças que revolucionaram, por exemplo, a realização de consultas médicas através da teleconsulta.

3.3 Atuação do Poder Judiciário

O Judiciário é um dos três poderes consagrados pela Constituição Federal, possuindo a função jurisdicional. Enquanto guardião da Constituição e sancionador dos regramentos infraconstitucionais, sua importância está presente já no Brasil Colônia, quando juízes eram nomeados pelos governantes locais. Este cenário foi aprimorado com a chegada da Família Real, que criou os Tribunais da Relação, sendo, portanto o berço da criação do Supremo Tribunal de Justiça, que possuía a função de julgar os recursos das Relações que atingiam os conflitos entre as províncias brasileiras.¹⁴⁸

Com o advento da Proclamação da República, o Poder Judiciário passou a contar com um sistema de Justiça Federal e outro Estadual, além de contar com esferas especiais ao nível Federal, como a Justiça do Trabalho, Militar, Eleitoral e Federal. As mesmas especialidades foram estabelecidas nas instâncias inferiores da Justiça Estadual, somadas aos Juizados Especializados em questões como Violência Doméstica e Familiar, Infância e Juventude, Fazenda Pública e demais áreas concernentes à demanda Estadual.

¹⁴⁵ BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 97-109, 2010. pág 99-101

¹⁴⁶ O SUS mantém o Programa Nacional de DST e AIDS, administrado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de prevenir a disseminação de HIV e outras doenças transmissíveis.

¹⁴⁷ O entendimento consolidado pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal tem sido favorável à dispensação de medicamentos de alto custo em caráter excepcional, garantindo o acesso à saúde como um direito fundamental e considerando a proteção da vida e da dignidade da pessoa humana.

¹⁴⁸ ARMITAGE. pp. 158-159.

Na saúde, o Poder Judiciário integra o papel de auxiliar no cumprimento do dever do Estado na gestão do SUS, garantindo, por meio de decisões baseadas no regramento constitucional e infraconstitucional, a resolução de conflitos do SUS que surjam no curso da assistência à saúde. Abrangendo, inclusive, questões administrativas e assistenciais, bem como o uso dos recursos e das tecnologias empregadas.¹⁴⁹

Assim, o Judiciário garante a proteção dos direitos fundamentais dos brasileiros, sendo dever do Estado garantir a saúde, incluindo o acesso a serviços, medicamentos e tecnologias, tendo como base a prevenção, promoção e recuperação da saúde, garantindo, sobretudo, a proteção dos direitos dos pacientes e dos profissionais da área.

Cabe também ao Judiciário julgar ações relacionadas à saúde nos âmbitos constitucional e infraconstitucional, envolvendo a gestão de equipamentos de saúde, seus respectivos gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, e todas as demandas relacionadas à saúde nos níveis federal, estadual, municipal, e do Distrito Federal. Essa atuação responsabilizará aqueles que falharem no atendimento e garantirá o direito à saúde da população.

Convém citar que, no seu papel de dirimir questões na área da saúde, o Poder Judiciário possui um dos maiores desafios entre os demais Poderes: o de equilibrar o direito à saúde e a sustentabilidade do SUS, uma vez que suas decisões pode conflitar com questões orçamentárias previstas pelo Executivo - e com a aprovação do Legislativo - influenciando diretamente nas políticas públicas de saúde.

No entanto, embora responsável por interpretar as leis elaboradas pelo Legislativo e promulgadas pelo Executivo na área da saúde, o Poder Judiciário possui o dever constitucional de garantir a segurança jurídica do sistema de saúde, e isso, por sua vez, implica fazer valer o que foi proposto pelos representantes do povo. Neste sentido, podemos afirmar que o Poder Judiciário, em sua função de aplicar o direito às demandas relacionadas à saúde, desempenha um papel fundamental na efetivação do direito à saúde, visto que muitas vezes é o último recurso para o indivíduo garantir o acesso a tratamentos e medicamentos.

¹⁴⁹ TAVARES, André Ramos. Curso de direito constitucional. 18ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. Direito à Saúde. pp. 922

Dessa forma, o Poder Judiciário detém a função de zelar pelo respeito às garantias fundamentais da saúde quando os demais poderes falham em suas funções ao deixar de garantir a assistência à saúde de forma equânime. Permitindo que o cidadão acesse o Judiciário a fim de fazer valer o dever do Estado com a saúde, garantindo assim seu bem-estar biopsicossocial. Portanto, tal acesso ao Judiciário demonstra o fenômeno da judicialização da saúde, termo utilizado para descrever a intervenção e influência do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde e na gestão dos recursos destinados ao SUS e seus profissionais.¹⁵⁰

Conforme o Tribunal de Contas da União,¹⁵¹ a judicialização da saúde tem sido um grande desafio para os municípios brasileiros, que muitas vezes se veem obrigados a fornecer tratamentos de alto custo e medicamentos não padronizados, sem contar com o orçamento necessário para arcar com esses gastos. Consequentemente, o impacto financeiro da judicialização da saúde é voraz, uma vez que o comprometimento do orçamento, na ótica municipal, influencia nas tomadas de decisões - por vezes controversas - como a retirada de recursos destinados a outras políticas públicas para o cumprimento de uma decisão do Poder Judiciário. O que pode acarretar acusações de crimes de Responsabilidade Fiscal para os representantes da gestão da saúde.

Em suma, a segurança jurídica da saúde encarnada pelo Poder Judiciário é representada por decisões, como a permissão do uso do *cannabidiol*¹⁵² para fins medicinais e a obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos de alto custo, a fim de garantir o acesso à saúde conforme o previsto na Constituição.¹⁵³ No entanto, embora a participação do Poder Judiciário na saúde tenha sido alvo de contestações, é importante ressaltar que sua função prevista constitucionalmente é legal, e seu cumprimento deve ser avaliado consoante às políticas públicas e à gestão orçamentária em cada nível de governo.

¹⁵⁰ Ibid. pp 941-943.

¹⁵¹ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1787/2017 – Plenário. 16 de agosto de 2017.

¹⁵² O nome científico do produto químico derivado da planta *Cannabis sativa* é delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), usado na medicina pelo seu efeito entorpecente e relaxante muscular, porém também usado como alucinógeno vicioso, previsto como droga ilícita no ordenamento jurídico brasileiro.

¹⁵³ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. O Estado deve fornecer medicamento à base de canabidiol a paciente de São Paulo. pp. 1-2.

3.4 Freios e Contrapesos na saúde

O Sistema de Freio e Contrapesos, formalmente conceituado pela Teoria da Separação dos Poderes descrita por Montesquieu - inspirado pelas obras de Aristóteles e John Locke - determina que o poder estatal seja dividido entre diferentes órgãos, cada qual respondendo ao Estado em três ramos diferentes - porém coesos - independentes e harmônicos. Como desenvolvido anteriormente, são eles: o Poder Executivo, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário. Esta divisão visa manter um equilíbrio, limitando o poder estatal para proteger os interesses sociais e assegurar a liberdade e justiça dos cidadãos.

Para Montesquieu, a divisão de poderes afasta governos absolutistas e tirânicos, trazendo ao mesmo tempo, autonomia e limites aos governos futuros, uma vez que somente um poder com força equivalente pode controlar outro poder - daí o conceito de freios e contrapesos. Constitui-se, deste modo, um governo harmônico e independente.

Para garantir o sistema de freios e contrapesos, Montesquieu divide diferentes funções entre os três poderes. São elas: as funções de legislar e fiscalizar pertencem ao Poder Legislativo; a função de gerenciar as atividades públicas pertence ao Poder Executivo; e a função de fazer valer as leis e julgar ao Poder Judiciário. Portanto, caberia ao Poder Judiciário declarar a inconstitucionalidade de uma lei, freando o Poder Legislativo; bem como ao Poder Executivo decretar leis que beneficiem a gestão pública, mas sob escrutínio do Poder Legislativo - seja pela viabilidade orçamentária ou pelos conflitos de normas.¹⁵⁴

O Brasil, enquanto República Federativa, mantém o Princípio da Separação dos Poderes como base para o Estado Democrático de Direito, como previsto na Constituição de 1988. Assegurando o exercício dos direitos sociais e individuais - a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça - como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, doméstica e internacionalmente, com a solução pacífica de controvérsias.¹⁵⁵ Nesse sentido, no que diz respeito à saúde, o colaborativismo na gestão do Sistema Único de Saúde entre os poderes evidencia

¹⁵⁴ PISKE, Oriana. Considerações sobre a teoria dos freios e contrapesos (checks and balances system). TJDFT, 2018. pp.1-3.

¹⁵⁵ LILLO. Julia Maria; CHAIMOVICH. Mariana. Freios e contrapesos e políticas públicas em tempos de Covid-19. JOTA, São Paulo. pp. 2-4

os benefícios proporcionados, como o equilíbrio e a gestão democrática, tornando o SUS uma referência em saúde pública, que, não obstante as deficiências pontuais, figura como modelo de assistência gratuita à saúde.¹⁵⁶

No ápice da pandemia da Covid-19, foi notório o movimento mundial na contenção do vírus. Como ponto de partida as ações da Organização das Nações Unidas, que declarou o status de pandemia e sugeriu medidas de isolamento social como primeira barreira - além de estratégias vindouras - e estimulou governos e entidades científicas a produzir vacinas contra o vírus que se alastrava rapidamente pelo mundo¹⁵⁷. No governo brasileiro, o Poder Legislativo apresentou medidas que estabeleceram prazos para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autorizar o uso emergencial de vacinas contra a Covid-19, além de permitir que os estados e municípios fizessem contratos para a aquisição de vacinas importadas com recursos da União.¹⁵⁸

Foi permitido, então, que o Poder Executivo questionasse tais medidas sancionando a lei 14.125/2021 com vetos,¹⁵⁹ incorporando o Poder Judiciário à discussão, que confirmou o entendimento legal da lei, dada a necessidade de intervenção do Estado na contenção das mortes pelo vírus.¹⁶⁰

Os resultados pretendidos no caso ensejaram outra aplicação do sistema de freios e contrapesos quando o Poder Legislativo questionou o Poder Executivo, por meio da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), ao investigar possíveis irregularidades no combate ao vírus da Covid-19. Em decorrência desta CPI, o Poder Executivo acelerou a atenção na política de vacinação no território brasileiro, resultando em soluções baseadas na ciência para prevenir a proliferação exponencial do vírus.¹⁶¹

¹⁵⁶ TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. Cad. Saúde Pública, 2004. 20 sup. 2, 2004. pp.. S190–S198.

¹⁵⁷ BRASIL. Ministério da saúde. Universidade Aberta do SUS. A Organização Mundial da Saúde declarou novo coronavírus uma pandemia.

¹⁵⁸ BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas contra a Covid-19. 2021.

¹⁵⁹ BRASIL. Lei n.º 14.125, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre ações emergenciais e transitórias destinadas ao setor elétrico durante a pandemia da Covid-19. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mar. 2021.

¹⁶⁰ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Portal STF, Brasília.

¹⁶¹ SENADO FEDERAL. Agência do Senado. CPI da Pandemia: principais pontos do relatório. Senado Federal, Brasília, 20 out. 2021.

Nesta ocasião, portanto, os poderes Legislativo e Judiciário atuaram como contrapeso ao Poder Executivo, apresentando recursos e alternativas baseadas na ciência para a gestão de políticas públicas na contenção da pandemia. Isso garantiu ao Estado a legitimidade de atuar em defesa da saúde e das garantias fundamentais no campo da segurança jurídica, além de coibir a morte exacerbada de inúmeros brasileiros.

No campo da judicialização da saúde, encontramos inúmeros relatos no qual o Poder Executivo interveio diretamente na gestão do SUS, determinando que este realizasse seu dever de assistência integral. Contudo, o Executivo falhou em observar o contexto por trás da falta de assistência, que pode ser resultado de má gestão ou corrupção. Tampouco se considerou a viabilidade dos recursos públicos disponíveis para atender casos concretos.¹⁶²

A exemplo disso - para além do contexto de pandemia - uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que a União fornecesse o tratamento para uma criança acometida pela doença Amiotrofia Muscular Espinhal Tipo 2 - incluindo o uso da medicação que, note-se, é considerada a mais cara do mundo - importando um valor de R\$ 2.878 milhões por dose.

O Poder Executivo mantinha a alegação de que o valor traria prejuízos econômicos para a gestão do sistema de saúde, alegando que o equilíbrio dos recursos destinado ao indivíduo, em comparação com o coletivo, seria afetado. No entanto, tal alegação foi refutada pelo STF, que ponderou os importantes argumentos de ordem financeira, mas considerou também outro ponto: a garantia do direito de acesso à saúde. Não se pode desconsiderar a relevância do direito à vida, para cuja garantia todos os cidadãos devem ser incentivados a cooperar.¹⁶³

Ainda que a aplicação do sistema de freios e contrapesos represente uma discussão delicada - considerando as questões de ordem político-administrativo e a garantia do acesso à saúde e acarretando questões que interferem diretamente nos diferentes poderes e se traduzem no bom ou mau funcionamento da saúde pública - sua aplicação é fundamental para a gestão colegiada do SUS.

¹⁶² RIOS, Thiago Meneses. O conflito entre o princípio da separação dos poderes e a judicialização da saúde. Jusbrasil, São Paulo, pp. 2-6.

¹⁶³ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF. O presidente do STF determinou que a União forneça medicamentos para tratamento de uma criança com doença rara. Portal do STF, Brasília, 25 fev. 2022.

Em suma, o conceito difundido nas grandes democracias e no Brasil, que integra a separação dos Poderes na atenção à saúde, favorece positivamente um sistema como o SUS. Isso ocorre tanto em função da atenção integral à saúde quanto pela aplicação das políticas públicas de saúde em um território continental como o Brasil. Logo, é importante contar com gestores, políticos e magistrados que favoreçam o desenvolvimento do SUS, visto que este é considerado o melhor sistema de saúde do mundo.

PARTE 2 - DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

4. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Na primeira década após a Constituição Cidadã, o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso,¹⁶⁴ juntamente de seu ministro Luiz Carlos Bresser Pereira¹⁶⁵ no então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), conduziu, entre os anos de 1995 e 1998, o Plano Diretor da Reforma do Estado Brasileiro, conhecido como a Reforma Administrativa. O MARE elencou pontos que deram origem às diretrizes que regeriam os novos rumos do Estado. Segundo Bresser, o Estado brasileiro atravessava uma profunda crise devido ao descontrole econômico e político herdado da gestão anterior, gerando assim uma crise fiscal e da própria administração pública.¹⁶⁶

Durante a Reforma Administrativa, foram apresentados pontos que interessavam tanto ao Estado quanto à sociedade civil, promovendo importantes considerações como a descentralização da gestão promovendo medidas que permitiram a transferência da administração de órgãos estatais para outras instâncias do governo ou entidades privadas.

O modelo de reforma do estado trouxe mudanças que resultariam na desburocratização das normas estatais, cujo objetivo era acelerar a aquisição e

¹⁶⁴ Fernando Henrique Cardoso é sociólogo, cientista político e exerceu o mandato como presidente da República entre os anos de 1993 a 2003.

¹⁶⁵ Luiz Carlos Bresser-Pereira é um economista, cientista político, cientista social, administrador de empresas e advogado brasileiro, atuando como Ministro da Fazenda (1987) e assumindo a pasta do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995-1998) e Ministro da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações(1999).

¹⁶⁶ BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma da administração pública. Capítulo 16. Crise econômica e Reforma do Estado no Brasil. São Paulo, Editora 34, 1996. pp.2-4.

contratação de recursos humanos e também a prestação de serviços da máquina pública para com o cidadão, até então influenciada pelo regime militar.¹⁶⁷

Nesse ponto, torna-se necessária a concepção de um novo modelo de Organização Não-Governamental (ONG), que mais tarde seria reconhecida como integrante do terceiro setor, contribuindo para estruturar a definição do primeiro e segundo setor, sendo, respectivamente, o Estado e as entidades privadas.¹⁶⁸

As ONGs, também conhecidas - doutrinariamente - como entidades paraestatais, consistem em instituições privadas sem fins lucrativos, que atendiam a necessidade do Estado no que diz respeito às demandas populares, conforme esclarece Neto:

O setor de ONG no Brasil [...], exclui as organizações sem fins lucrativos tradicionais (entidades filantrópicas, religiosas, creches, asilos, etc.) voltadas exclusivamente à prestação de serviços. Ser ONG, tal como o conceito foi apropriado no Brasil, significa mais do que status legal de associação sem fins lucrativos. Implícitos no termo estão um campo e uma forma de atuação predominantes: a defesa de direitos, através de assessoria e capacitação de movimentos populares, e atividades mais bem descritas pelo termo inglês *advocacy*: mobilização popular, articulação política; conscientização e disseminação de informação¹⁶⁹.

A regulamentação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) foram estabelecidas pelo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil¹⁷⁰ (MROSC) em 2014, moldando as organizações da sociedade civil e atendendo as necessidades do Estado nas suas funções sociais de atenção à saúde, assistência

¹⁶⁷ SANO, Hironobu.; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Revista de Administração de empresas, São Paulo, v. 48, n. 3, 2008. p. 3.

¹⁶⁸ Para a fundação brasileira de Contabilidade, terceiro setor é aquele que não é público e nem privado, no sentido convencional desses termos; porém, guarda uma relação simbiótica com ambos, à medida que ele deriva sua própria identidade da conjugação entre a metodologia deste com as finalidades daquele. Ou seja, o Terceiro Setor é composto por organizações de natureza “privada” (sem o objetivo do lucro) dedicadas à consecução de objetivos sociais ou públicos, embora não seja integrante do Governo (administração estatal). Manual de procedimentos para o terceiro setor: aspectos de gestão e de contabilidade para entidades de interesse social. Brasília: CFC; FBC. Pág 25

¹⁶⁹ CARVALHO NETO, Antônio Alves de. Transferências de recursos do orçamento da União para organizações não-governamentais: eficácia dos procedimentos de concessão e controle. Apub. OLAK, Paulo Arnaldo; NASCIMENTO, Diogo Toledo. 2006. Tribunal de Contas da União. Brasília, DF. p. 10.

¹⁷⁰ BRASIL. Lei n.º 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n.º 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.

social, segurança alimentar e desenvolvimento econômico. O MROSC incentivou a contratualização com o poder público nas parcerias com a administração, focando especialmente na sustentabilidade e na simplificação e desburocratização dos títulos e certificados concedidos pelo Estado para a seleção dessas entidades.¹⁷¹

O marco foi inovador ao inserir nas OSCs um regime de cooperação com a administração pública mediante formalização de Termos de Colaboração e Fomento, podendo ou não haver transferências de recursos financeiros. Este modelo torna a contratação mais célere por dispensar títulos e reconhecimentos prévios com o Ente contratante.¹⁷²

Da mesma maneira, a regulamentação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público¹⁷³ (OSCIP), instituídas após a Reforma Administrativa de Bresser, cobrindo a partir de 1999, atividades na assistência social e cultural. Essas OSCIPs alcançaram um posicionamento importantíssimo nas parcerias com o Estado, de forma que coube ao Ministério da Justiça acompanhar a qualificação das organizações como entidades de interesse público.

Enquanto isso, as Organizações Sociais¹⁷⁴ (OS), resultado fiel da Reforma Administrativa e a mais importante forma de contratação na saúde, foram idealizadas para atender e substituir os órgãos e entidades públicas da administração direta. Tal processo ficou conhecido como publicização, e já na sua concepção assumiu o lugar de importantes entidades públicas federais, como a Fundação Roquette Pinto, importando essa modalidade aos estados e municípios, além do Distrito Federal.

Os modelos de entidades emergentes da sociedade civil possuem como característica comum a personalidade jurídica, uma vez que possuindo personalidade de direito privado, não podem deter finalidades econômicas, e, por

¹⁷¹ LOPES, Laís de Figueiredo; SANTOS, Bianca dos; BROCHARDT, Viviane. Entenda o MROSC: Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei 13.019/2014. Brasília: Presidência da República, 2016. pp. 25-27

¹⁷² MENDONÇA, Patricia.; FALCÃO, Domenica. Silva. Novo Marco Regulatório para a realização de parcerias entre Estado e Organização da Sociedade Civil (OSC). Inovação ou peso do passado?. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo. p. 46

¹⁷³ BRASIL. Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

¹⁷⁴ BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

atuarem na saúde, devem ser submetidas ao regramento local em que se pretende atuar.¹⁷⁵

Em suma, o Estado desenvolveu métodos eficientes para escolher parceiros na implementação das políticas públicas, especialmente na área da saúde, estabelecendo critérios rigorosos para essas colaborações. Essa abordagem reflete a clara necessidade de apoio externo, conforme demonstrado pelos diversos modelos adotados, garantindo ao mesmo tempo que o controle e a responsabilidade constitucionalmente atribuídos ao Estado sejam preservados.

4.1 Normativas do Terceiro Setor e sua importância na saúde

A Reforma Administrativa de 1998 inaugurou relações entre o Estado e as instituições do terceiro setor, o que possibilitou o Programa Nacional da Publicização. Essa relação visava à atuação das Organizações Sociais sem fins econômicos na administração dos serviços do Estado, sem a necessidade de privatização.¹⁷⁶

De fato, a questão era desafiadora, visto que a necessidade das garantias do Estado em cumprir seu dever de gestão apontavam para um fracasso administrativo notório, sobretudo na saúde.¹⁷⁷ No entanto, as discussões e negociações que envolveram a criação de leis foram intensas, e muitas vezes confrontadas com o idealizador da Reforma devido ao afastamento dos interesses políticos decorrente do aprimoramento de governança, transparência e efetividade que se pretendia com a utilização das Organizações Sociais.¹⁷⁸

A qualificação das Organizações Sociais foi inicialmente proposta pelo Poder Executivo como uma Medida Provisória,¹⁷⁹ e pretendia dar rápida permissão para o ingresso de instituições privadas na promoção das políticas públicas de saúde, sob

¹⁷⁵ SILVA, Vanessa Costa e, BARBOSA, Pedro Ribeiro ; HORTALE, Virgínia Alonso. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1365–1376, 2016. Pág. 5-7.

¹⁷⁶ SCHIMITT, Alcione Vicente. O programa de Nacional de Publicização. Instituto de Direito Sanitário IDISA. Artigo científico. Campinas. pp. 2-4.

¹⁷⁷ Ibid.p 5.

¹⁷⁸ BRASIL. Presidência da República. Plano diretor da reforma do aparelho de estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração e da Reforma do Estado, 1995. pp. 73-75.

¹⁷⁹ Prevista pela Constituição, a Medida Provisória (MP) é um instrumento do Presidente da República, que possui força de lei, aplicado em questões de relevância e urgência, devendo submetê-lo ao Congresso Nacional, que poderá aprová-lo, rejeitá-lo ou modificá-lo por até 120 dias.

duras críticas, alterações e revogações. Concomitantemente, a oposição temia pelo oportunismo que esta lei poderia enfrentar, abrindo caminho para a privatização dos serviços do Estado, inclusive na saúde, além de terceirizar os serviços que deveriam ser exercidos diretamente pelo Estado.^{180 181}

Entretanto, em 15 de maio de 1998, foi instituída a Lei do Programa Nacional de Publicização n.º 9.637, estabelecendo normas gerais para a qualificação, contratação e fiscalização - por parte do poder público - das entidades privadas sem fins econômicos que pretendiam auxiliar na gestão dos serviços públicos, como saúde, educação, cultura e meio ambiente.¹⁸² Na área da saúde em particular, a qualificação de Organização Social beneficia as organizações filantrópicas, importantes centros de saúde e de educação médica. Com a Lei das Organizações Sociais, os estados e municípios - incluindo o Distrito Federal - puderam contar com o apoio do terceiro setor na saúde com base na lei federal, e, assim, obter segurança nas contratações.

Porém, abriu-se uma lacuna na atenção à assistência social, incluindo a saúde baseada no bem-estar social. Com a Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999, nasce a qualificação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, alcançando a promoção da assistência social, educação, segurança alimentar e nutricional, além de atender a promoção da saúde nos limites estabelecidos na própria lei.¹⁸³

Esta classificação apresentou discussões relacionadas à transparência quantos aos critérios de contratação e finalidade,¹⁸⁴ uma vez que a forma de contratação dispensa critérios burocráticos como os encontrados nas Organizações

¹⁸⁰ BORGES, Alice Gonzalez. Aplicabilidade de Normas Gerais da Lei Federal dos Estados. In: Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Renovar, out./dez., 1993. pp. 102-104

¹⁸¹ BRASIL. Medida Provisória n.º 1.591 de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

¹⁸² CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. Ed 33º. São Paulo: Gen, 2019. pp. 534-535.

¹⁸³ BRASIL. Lei n.º 9.790/99. Art. 3º A qualificação instituída por esta Lei, observado em qualquer caso, o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das seguintes finalidades: I - promoção da assistência social; (...) IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei; (...)

¹⁸⁴ MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 1, 2018. p. 5.

Sociais. Visando a encerrar essa discussão, o Decreto Federal n.º 3.100 de 30 de junho de 1999 regulamentou tais questões e disciplinou os Termos de Parcerias.

É importante destacar que o modelo de parceria com as OSCIP vem se expandindo nas políticas de assistência social, especialmente em municípios como São Paulo. Isso ocorre porque as questões relacionadas ao bem-estar social podem ser encaminhadas às OSCIP, as quais estão cada vez mais alinhadas com as realidades das respectivas demandas sociais.

A exemplo disso, no município de São Paulo encontramos instrumentos de saúde voltados para a recuperação de pacientes em situação de drogadição. Nesses serviços - conhecidos como Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) as OSCIP mantêm uma equipe multiprofissional especializada, que, mediante convênios com o município, recebem, tratam e reinserem os pacientes na sociedade através das políticas de assistência social.¹⁸⁵

No âmbito da saúde humana e assistência social, existiam Organizações da Sociedade Civil que compensavam as deficiências da União, estados, municípios e Distrito Federal, provendo recursos filantrópicos e conduzindo ações sociais sem uma participação formal e direta do Estado.

Para isso, foi instituído o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil através da Lei 13.019 de 13 de julho de 2014. Este marco legal aprimorou o processo de contratualização com as OSC, além de assegurar a sustentabilidade das entidades da Sociedade Civil e reconhecer sua importância e contribuição social. Ela prevê em seu ordenamento a adoção do Chamamento Público como forma de seleção das OSC interessadas¹⁸⁶ - a propósito, casos de calamidade pública ou necessidades urgentes sugerem dispensa desta modalidade de seleção.¹⁸⁷

¹⁸⁵ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde inaugura novo Serviço Residencial Terapêutico. São Paulo. 2019.

¹⁸⁶ BRASIL. Lei 13.019/14. Art. 24. Exceto nas hipóteses previstas nesta Lei, a celebração de termo de colaboração ou de fomento será precedida de chamamento público voltado a selecionar organizações da sociedade civil que tornem mais eficaz a execução do objeto.

¹⁸⁷ BRASIL. Lei 13.019/14. Art. 30. A administração pública poderá dispensar a realização do chamamento público: I - no caso de urgência decorrente de paralisação ou iminência de paralisação de atividades de relevante interesse público, pelo prazo de até cento e oitenta dias; II - nos casos de guerra, calamidade pública, grave perturbação da ordem pública ou ameaça à paz social; III - quando se tratar da realização de programa de proteção a pessoas ameaçadas ou em situação que possa comprometer a sua segurança; VI - no caso de atividades voltadas ou vinculadas a serviços de educação, saúde e assistência social, desde que executadas por organizações da sociedade civil previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política.

Diferentemente das OSCIP e das OS, regidas por leis federais e servem como fonte de diretrizes para outras esferas, as OSC são aplicáveis a todos os níveis de governo. Deste modo, inova-se o cenário de assistência à saúde, com regulamentação da participação de instituições que já possuíam um papel ativo na saúde, como a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAES) e a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).¹⁸⁸

Para que o MROSC atenda às necessidades na saúde, a Lei n.º 13.204 de 14 de dezembro de 2015 introduziu modificações significativas visando a adequar as necessidades do setor. Tais alterações foram cruciais para a organização e definição dos termos das parcerias estabelecidas entre as Organizações da Sociedade Civil e o Estado. Com ela, entidades religiosas e sociedades cooperativas dedicadas a ações de interesse social passaram a ser incorporadas nas relações entre o terceiro setor e o Estado. Esta inclusão ampliou o espectro de organizações habilitadas a firmar parcerias com o poder público, proporcionando um maior alcance e efetividade nas ações de saúde

Portanto, observa-se a atuação decisiva do Poder Legislativo na criação de um marco legal claro e abrangente que regulamenta a contratação de Organizações da Sociedade Civil para a execução de políticas públicas de saúde pública. Essa legislação confere aos gestores de saúde a capacidade de estabelecer parcerias estratégicas com essas entidades para uma administração eficiente dos recursos de saúde.

4.2 Qualificação e a desqualificação do terceiro setor para as parcerias com o Estado

As parcerias entre Organizações Sociais e União - bem como nas demais esferas - só é possível com a qualificação concedida pelo Chefe do Executivo¹⁸⁹, o qual permite sua parceria somente naquele ente. Tal qualificação nada mais é do que um título conferido a uma Organização da Sociedade Civil, porém cumprindo os

¹⁸⁸ BRETAS, Gabriela Horesh. O papel das organizações da sociedade civil na política pública de assistência social no Brasil: dilemas e tensões na provisão de serviço. 2016. p. 104.

¹⁸⁹ BRASIL. Lei n.º 9.637/98. Art. 15. São extensíveis, no âmbito da União, os efeitos dos arts. 11 e 12, § 3.º, para as entidades qualificadas como organizações sociais pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie os preceitos desta Lei e a legislação específica de âmbito federal.

requisitos apresentados na Lei Federal n.º 9.637/98, permitindo ao Poder Executivo a nomeação da pessoa jurídica que requereu a titulação.¹⁹⁰

Portanto, os requisitos básicos consistem em capacidade técnica e operacional, experiência na área de saúde e capacidade financeira, pontos fundamentais para se prosseguir com a nomeação, sendo um ato discricionário¹⁹¹ do ente público que busca, na nomeação, alternativas para a parceria com o Estado.

Além dos requisitos expostos, faz-se necessário também o registro constitutivo da Pessoa Jurídica, prevendo que a natureza social da entidade esteja diretamente ligada a sua área de atuação e incorpore o patrimônio e legado destinado às atividades - no caso, na área da saúde - para o cumprimento do contrato firmado.¹⁹² É oportuno frisar que para a União é fundamental que o candidato tenha como objetivo exclusivo as atividades relacionadas à saúde.¹⁹³

Os demais requisitos necessários para a qualificação estão relacionados à gestão, e preveem a não distribuição dos lucros, bonificações e vantagens aos seus dirigentes, mantenedores ou associados, uma vez que se trata de uma instituição sem fins econômicos.

Contudo, é indispensável que o candidato à qualificação possua em seu quadro administrativo um conselho de administração e fiscalização com participação popular,¹⁹⁴ que estejam aptos a gerir os recursos e cumprir as metas previstas no Contrato de Gestão - além de uma gestão contábil e de auditoria externa, a fim de

¹⁹⁰ BRASIL. Lei n.º 9.637/98. Art. 1.º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos previstos nesta Lei.

¹⁹¹ Ato administrativo discricionário é aquele que a Administração prática com certa margem de liberdade de decisão, visto que o legislador, não podendo prever qual o melhor caminho a ser tomado, confere ao administrador a possibilidade de escolha, na lei.

¹⁹² BRASIL. Lei n.º 9.637/98. Art. 2.º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:(...) i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;(…)

¹⁹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília, DF. 2017. pp. 65-67.

¹⁹⁴ BRASIL. Lei n.º 9.637/98. Art. 3º O conselho de administração deve estar estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos: (...) b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto; (...).

elucidar e fiscalizar sua própria gestão.¹⁹⁵

A desqualificação, considerada aqui como a maior sanção a uma Organização Social, também fica a cargo do Poder Executivo. Uma vez descumpridos os dispositivos firmados no ato do contrato de gestão, os dirigentes da Organização Social têm assegurado o direito à ampla defesa diante das razões que originaram tal desqualificação.¹⁹⁶

A desqualificação resulta na extinção unilateral do contrato de gestão por meio do processo administrativo que visa a apurar as irregularidades responsáveis por tal ato, além de inventariar e reabsorver os bens daquele instrumento de saúde, permitindo a transmissão para outra OS, ou à gestão direta daquele local.

Para a qualificação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, deve-se observar a previsão legal na Lei n.º 9.790/99 e no Decreto Federal n.º 3.100/99. Nelas são determinados requisitos semelhantes aos destinados às OS. Contudo, o ente qualificante difere, visto que neste caso tal qualificação caberá ao Ministério da Justiça.¹⁹⁷

Cumprindo os requisitos legais, a Coordenação de Outorga e Títulos da Secretaria Nacional de Justiça - sob responsabilidade do Ministério da Justiça - tem o prazo de 30 dias para deferir ou indeferir o pedido de qualificação.¹⁹⁸ Essa qualificação permite que a OSCIP firme Termos de Fomentos e de Colaboração em outros Estados e em diferentes esferas. Diferentemente das OS, pois estas dependem da aprovação do chefe do Poder Executivo em que se planeja atuar.

Sua desqualificação é precedida por interesse da própria OSCIP¹⁹⁹ ou por

¹⁹⁵ BRASIL. Lei n.º 9.637/98. Art. 4º Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser atribuições privativas do Conselho de Administração, dentre outras:(...) X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

¹⁹⁶ BRASIL. Lei n.º 9.637/98. Art. 16. O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão. § 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação, ou omissão. (...)

¹⁹⁷ BRASIL. Lei n.º 9.790/99. Art. 5º Cumpridos os requisitos dos arts. 3º e 4º desta Lei, a pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, interessada em obter a qualificação instituída por esta Lei, deverá formular requerimento escrito ao Ministério da Justiça, instruído com cópias autenticadas dos seguintes documentos: (...)

¹⁹⁸ BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria n.º 361 de 27 de julho de 1999. Art. 3º A Secretaria Nacional de Justiça terá o prazo de trinta dias, contados da autuação no protocolo geral, para deferir ou não o requerimento, ato que será publicado no Diário Oficial, mediante despacho do Secretário Nacional de Justiça, no prazo máximo de quinze dias.

¹⁹⁹ BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria n.º 362 de 01 de março de 2016. Art. 15. As organizações

uma decisão proferida em processo administrativo de iniciativa popular, ou então pelo Ministério Público, sempre garantindo a ampla defesa e o devido contraditório.²⁰⁰ Por conseguinte, o Ministério da Justiça divulgará o cancelamento da qualificação no Diário Oficial da União.

Com o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, o relacionamento com o Poder Público e as Organizações da Sociedade Civil foram articuladas visando a uma celeridade nas contratações. Para isso, o ente contratante seguiria as reclamações determinadas pelo MRSOC, como a dispensa de certificações e qualificações, como as requeridas pelas OS e OSCIP.²⁰¹ Essa desburocratização permitiu que diversos setores como educação, saúde, esporte e inovação tecnológica fossem geridas pelas OSC através de Termos de Fomento ou de Colaboração, desde que tivessem experiência prévia e regularidade fiscal e jurídica.

Nestas modalidades de contratação, ficará a cargo do Ministro de Estado ou dos Secretários Estaduais, Municipais e Distrital a aplicação de sanções por desacordo do plano de trabalho. Entre as sanções, a advertência e a suspensão são consideradas mais brandas. Por outro lado, a declaração de inidoneidade restringe a participação em outros chamamentos públicos, bem como a celebração de parcerias ou contratos com outros órgãos ou entidades governamentais.²⁰²

5. DAS PARCERIAS COM O TERCEIRO SETOR

A universalidade do SUS garantiu acesso gratuito e abrangente a todos os brasileiros e imigrantes²⁰³ - residentes ou não - no país. Isso trouxe ao sistema cerca

poderão solicitar o cancelamento de seu credenciamento, em requerimento assinado pelo seu representante legal, acompanhado da seguinte documentação:

²⁰⁰ BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria n.º 361/99. Art. 4º A entidade que, por fato superveniente à qualificação, deixar de preencher os requisitos legais, terá cancelada sua qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, após decisão proferida em processo administrativo, instaurado no Ministério da Justiça, de ofício, ou por iniciativa popular ou do Ministério Público.

²⁰¹ LOPES. SANTOS. BROCHARDT. p. 36

²⁰² Ibid. pp. 38-39

²⁰³ BRASIL. Lei n.º 13.445, de 24 de maio de 2017. Art. 4º Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados:(...) VIII - acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória; (...)

de 146 milhões de usuários,²⁰⁴ garantindo o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

No entanto, tal ampliação representou um desafio significativo aos gestores públicos: proporcionar assistência integral aos usuários, desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até a sua recuperação - em um sistema anteriormente focado exclusivamente na cura da doença.²⁰⁵

Nesse sentido, a Lei Orgânica do SUS permitiu que o Estado estabelecesse parcerias que auxiliassem a gestão da saúde por meio de entes filantrópicos e privados, com ou sem fins econômicos, evidenciando, portanto, suas limitações na assistência à saúde, seja por recursos humanos, tecnológicos ou até mesmo estruturais.

Dentre as entidades que surgiram devido a essa permissividade, destacam-se as Organizações Sociais, oriundas da sociedade civil, com interesse e experiência em saúde. Essas organizações desempenham a gestão dos recursos destinados à saúde, visando a ampliar a capacidade de atendimento e gestão do SUS, contribuindo assim para suprir as lacunas e fortalecer o sistema de saúde.

5.1 Das parcerias com o Terceiro Setor

Embora a utilização de complementações e parcerias no Sistema Único de Saúde tenha proporcionado diferentes abordagens para o desenvolvimento e a sistematização dos seus serviços, é crucial compreender que essa prática deve ser aplicada apenas quando o Estado não é capaz de atender uma determinada situação. Não é, pois, uma regra geral.

Sobre isso, é importante esclarecer que a complementação refere-se ao apoio fornecido pelas Organizações da Sociedade Civil, visando a melhorar e expandir a qualidade da prestação dos serviços de saúde do Estado. Na parceria, as organizações firmam acordos em que se compartilham responsabilidades, recursos e prestação de serviços com base nas políticas públicas de saúde.²⁰⁶

²⁰⁴ IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. População Brasileira Total 1980-2010 Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

²⁰⁵ ALMEIDA FILHO, Naomar de; JUCÁ, Vlória. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, 2002. pp. 879–889.

²⁰⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.034 de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à

Nesse sentido, é essencial que os gestores de saúde considerem também a previsão constitucional para uma complementação criteriosa, preservando a responsabilidade do Estado na prestação dos serviços de saúde. Doutrinadores ressaltam que o dispositivo citado na Constituição²⁰⁷ é enfático quando alega a permissão da participação de instituições privadas complementarmente. Isso afastaria a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde em sua totalidade, de tal modo que o particular assuma a gestão de determinado serviço públicos.²⁰⁸

No entanto, a comprovação da necessidade passa pelo crivo da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde,²⁰⁹ que define, entre outros pontos, a demanda da contratação do ente privado para a complementação ou parcerias com os serviços do SUS, conforme as ações conjuntas dos gestores em macrorregiões. Exige-se, para tanto, o respeito aos princípios do SUS, que versa sobre a regionalização da atenção da saúde.²¹⁰

A partir dos resultados obtidos, observa-se a capacidade instalada no gerenciamento da demanda nos campos da prevenção, promoção e recuperação da saúde, e, caso a oferta seja suficiente, o planejamento focará na aplicação das políticas públicas junto aos profissionais e instrumentos de saúde.

Contudo, ao se constatar a oferta insuficiente dos instrumentos de saúde, é prevista a ampliação da capacidade local - sob gestão do ente público - visando a atender à carência identificada. No entanto, se ainda assim for identificada a incapacidade - financeira ou técnica - o gestor de saúde poderá buscar contratos com organizações da sociedade civil, visando à contratação de instituições capazes de suprir a demanda identificada em determinado campo da saúde. A princípio, o gestor buscará as entidades filantrópicas, colocando à disposição recursos para a demanda específica e permitindo que essas entidades possam apontar sua

saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

²⁰⁷ BRASIL. Constituição (1988). Art n° 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

²⁰⁸ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização e Parceria Público-Privada. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Gen, 2019. p. 369

²⁰⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

²¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde Brasília, 2017. p 17.

capacidade de atender a necessidade do ente na saúde.²¹¹

Porém, a capacidade dessas instituições, em sua maioria, segue ocupada devido às políticas de atenção à saúde específicas, gerando demandas residuais e exigindo que o Ente Público busque atender as necessidades previstas no Programa Anual de Atenção à Saúde com demais instituições privadas.²¹² Este processo de contratação dependerá da demanda e do nível de complexidade exigido pelo contrato. Destarte, o Poder Público poderá propor a complementação dos serviços de saúde por meio de Convênios ou Contratos Administrativos, e ainda firmar parcerias com Termos de Parcerias ou Contratos de Gestão, sempre observando os princípios da administração pública.²¹³

Tais complementações e parcerias levam em consideração a necessidade e as formas de repasses da gestão, bem como os recursos públicos. Para isso, caberá ao gestor analisar a capacidade instalada dos instrumentos de saúde e a amplitude das políticas públicas de saúde a fim determinar qual forma de parceria será mais adequada.

5.2 Dos Convênios e dos Termos de Fomento

A complementação dos serviços da saúde com entidades da sociedade civil traz ao gestor público dois principais instrumentos que validam esta contratação. É importante mencionar que a complementação na saúde possui interesses comuns e compromissos convergentes na área em que se pretende colaborar.

Na primeira modalidade encontramos o Convênio, compreendido na doutrina de forma distinta dos contratos com a administração pública, uma vez que une interesses convergentes. Em outras palavras, as OSCs e o Poder Público possuem o mesmo interesse de atenção à saúde e firmam um acordo, porém não um contrato propriamente dito.²¹⁴

Este acordo torna-se um instrumento que o Poder Público utiliza para se

²¹¹ Ibid.p.19

²¹² A Programação Anual de Saúde é o instrumento de gestão que anualiza as intenções expressas nas metas do Plano Nacional de Saúde e apresenta as formas de gestão dos recursos orçamentários das políticas públicas de saúde.

²¹³ BRASIL. Constituição (1988). Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

²¹⁴ MEIRELLES, Hely Lopes. Direito administrativo brasileiro.42. ed. São Paulo Malheiros, 2016 p. 511

associar às Organizações da Sociedade Civil,²¹⁵ ainda que ausentes elementos de prestação e contraprestação de suas atividades. Tema bastante discutido entre doutrinadores, que classificam como um ato coletivo de interesses.²¹⁶

Pois apoiados pelo artigo 116 da revogada Lei Federal n.º 8.666/1993, e mantidos no artigo 75 da nova lei de Licitações n.º 14.133/21, dispensa-se a necessidade de licitação para firmar Convênios com o Estado.²¹⁷ Dessa forma, portanto, os convênios celebrados no município de São Paulo são dispensados da realização de licitação prévia.

Com isso, ao firmar um acordo para complementar a assistência à saúde, a OSC poderá receber privilégios ou recursos conforme a sua atuação. Na saúde, essas colaborações recebem recursos de natureza financeira, que serão utilizados para assistir os interesses mútuos.

A segunda modalidade utilizada é o Termo de Fomento, que se baseia na Lei n.º 13.019/2014 - a partir do artigo 2.º VIII - que instrumentaliza uma colaboração fundamentada no interesse recíproco entre as OSCs e o Poder Público.²¹⁸ Nesta aplicação, os Termos celebrados são direcionados, basicamente, como incentivo a atividades já desenvolvidas pela OSC. Entretanto, os Termos de Fomento firmados na área da saúde permitem as transferências de recursos para as instituições que atendam os interesses do SUS, cumprindo o Plano Anual da Saúde. Neste caso, o incentivo ocorre principalmente nas políticas públicas de saúde, promovendo ações preventivas de doenças e a promoção da saúde.

Nesta modalidade, o Marco Regulatório das OSCs prevê, por norma, o chamamento público para celebrar o Termo de Fomento. Contudo, há possibilidades de dispensa quanto a este chamamento, por exemplo, quando não houver

²¹⁵ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 30ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p.379.

²¹⁶ Maria Sylvia Zanella di Pietro afirma que os convênios também são chamados de ato coletivo, pois todos os participantes querem a mesma coisa (DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. p. 554).

²¹⁷ BRASIL. Lei n.º 14.133, de 1 de abril de 2021. Art. 75. É dispensável a licitação: (...) XI - para celebração de contrato de programa com ente federativo ou com entidade de sua Administração Pública indireta que envolva prestação de serviços públicos de forma associada nos termos autorizados em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação;

²¹⁸ BRASIL. Lei n.º 13.019/14. Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se: (...) VIII - termo de fomento: instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pelas organizações da sociedade civil, que envolvam a transferência de recursos financeiros; (...)

competição e a necessidade do auxílio for urgente. Todavia, a dispensa deverá ser justificada pelo gestor público.²¹⁹

5.3 Dos Termos de Colaboração e dos Contratos de Gestão

As parcerias entre o Estado e as Organizações da Sociedade Civil tornaram-se importantes instrumentos para os gestores - sobretudo na saúde - utilizados como principal meio de celebração de parcerias com as OSCs. As parcerias permitiram às OSCs a participação em campanhas de vacinação, prevenção e promoção da saúde, além de administrar as Regiões de Assistência à saúde e gerenciar seus instrumentos, da atenção primária à terciária.

Os Termos de Colaboração - previstos no artigo 2º, VII, da Lei n.º 13.019/2014 - consistem em um instrumento que formaliza a parceria entre o ente público e as OSCs, visando à participação nos atos de interesse público reciprocamente.²²⁰ Essa participação conceitua o fortalecimento da sociedade mediante uma gestão democrática e com participação social nas entidades parceiras do ente.

Suas diretrizes fundamentais de cunho exemplificativo determinam a cooperação ao ente contratante com base em resultados, utilizando, para isso, recursos de tecnologia à disposição que integralizados fortalecem as ações do Estado. Quanto a isso, o MROSC aponta uma ação descentralizada e complementar dos recursos destinados a estes Termos de Colaboração, exigindo a capacitação contínua dos gestores e do corpo de conselheiros da entidade.

A celebração do instrumento de Colaboração segue o rito do chamamento público, respeitando os princípios da legalidade, legitimidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, eficiência e eficácia. Entretanto, a exceção do chamamento pode decorrer de recursos de emendas parlamentares ou poderá decorrer de urgências, calamidades públicas e pela falta de competição.²²¹

²¹⁹ BRASIL. Lei n.º 13.019/14. Art. 31. Será considerado inexigível o chamamento público na hipótese de inviabilidade de competição entre as organizações da sociedade civil, em razão da natureza singular do objeto da parceria ou se as metas somente puderem ser atingidas por uma entidade específica, especialmente quando:(...)

²²⁰ BRASIL. Lei n.º 13.019/14. Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se: (...) VII - termo de colaboração: instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pela administração pública que envolvam a transferência de recursos financeiros;(...)

²²¹ DI PIETRO, Parcerias na Administração Pública: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização

O chamamento público que busque parcerias com as OSC deverá conter explicitamente a programação orçamentária, os objetivos da parceria, os prazos e as condições físicas e de gestão, contando com indicadores quantitativos e qualitativos, além da provisão de resultados.

Com a formalização do Termo, a OSC selecionada ficará obrigada a prestar contas, apresentar resultados e se responsabilizar pelos recursos humanos empregados no cumprimento do contrato firmado. Ademais, essa responsabilidade relacionada aos encargos trabalhistas se estende às ações civis dos seus colaboradores. O mesmo ocorre nos Contratos de Gestão, que por sua vez são o principal meio de parceria entre o Estado e as Organizações Sociais.

Os Contratos de Gestão estabelecem a gestão dos instrumentos de saúde de interesse do ente público, submetendo as Organizações Sociais à prestação de contas quanto ao destino dos recursos e dos serviços prestados. Na saúde, o Contrato de Gestão determina a demanda mínima a ser alcançada, por exemplo, as consultas médicas especializadas, além das cirurgias e internações hospitalares.

Por sua vez, as OSs criadas através da lei n.º 9.637/98 gozam da possibilidade de celebração, via chamamento público, baseadas na antiga Lei de Licitações - no Artigo 24, XXIV da Lei 8.666/93.²²² Embora revogada pela nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos - em consonância com o que está proposto na própria lei das OSs - ela traz a dispensa de licitação para a celebração dos contratos.²²³

Sobre a validade do chamamento para as OSs, o Supremo Tribunal Federal concluiu, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1.923, a legalidade dos contratos pactuados através do chamamento público.²²⁴ Assim, afasta-se a

e Parceria Público-Privada. pp 466-468

²²² BRASIL. Lei n.º 8.666/93, de 21 de junho de 1993 Art. 24. É dispensável a licitação: XXIV - para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão.

²²³ BRASIL. Lei n.º 9.637 de 15 de maio de 1998. Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão(...). § 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

²²⁴ O Decreto n.º 8.428 de 2 de abril de 2015, com posteriores alterações, dada pelo Decreto n.º 10.104, de 6 de novembro de 2019, esboça a organização do chamamento público, ainda no artigo 1º, § 4º, prevendo três fases para o procedimento: I – abertura, por meio de publicação de edital de chamamento público; II – autorização para a apresentação de projetos, levantamentos, investigações ou estudos; e III – avaliação, seleção e aprovação.

obrigatoriedade da aplicação da Lei de Licitações vigente na época e validam-se, portanto, os contratos firmados por considerar a efetividade e a necessidade do Estado na contratação das OSs. Logo, caberá ao chefe de governo Municipal, Estadual ou Distrital, juntamente com o líder da pasta correspondente no que diz respeito à saúde - e visando contratar as organizações por chamamento público - escolher dentre as instituições candidatas aquela que apresentar a gestão dos recursos eficientemente.²²⁵

A doutrina apresenta divergências quanto à natureza jurídica dos Contratos de Gestão, interpretando o ato do Estado ao firmar um contrato com uma Organização Social como um Contrato de Desempenho propriamente dito por alguns doutrinadores.²²⁶ Outros os categorizam como Contratos Organizacionais,²²⁷ Contratos Administrativos²²⁸ ou até Termo de Compromisso.²²⁹ No entanto, pode-se concluir que o Contrato de Gestão pertence ao gênero dos Contratos Administrativos, nos quais as partes se submetem às regras previamente estabelecidas.²³⁰

Contudo, o Contrato de Gestão, é comum o reconhecimento como um instrumento voltado para resultados, tem como objetivo a implementação, supervisão e acompanhamento das políticas públicas de saúde relevantes ao Sistema Único de Saúde, sendo definido pelo gestor público na esfera que estiver consolidando a parceria.²³¹

Nele deverá constar termos de compromisso institucional, executivo e organizacional, além do propósito de alcançar as obrigações do ente público contratante para com as Políticas Públicas de Saúde, além de apresentar as obrigações, responsabilidades, limites dos recursos, mecanismos de avaliação e penalidades.

²²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde Brasília, 2017. pp. 41-42.

²²⁶ MODESTO. Paulo. Interesse público no contrato de desempenho e organização administrativa. São Paulo. Conjur 2019. pp. 4-5.

²²⁷ ALMEIDA. Apub. Di Prieto. Contratos de gestão: conceito, origem, natureza jurídica, objetivos e características Jusbrasil. São Paulo, 2015. pág 6-7.

²²⁸ MELLO, Celso Antônio Bandeira. Curso de Direito Administrativo. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015. p. 240.

²²⁹ ALMEIDA. Apub. Di Prieto. pp. 7-8

²³⁰ DI PIETRO. Direito Administrativo. p.842

²³¹ COUTINHO, Nina Novaes. As organizações sociais e o contrato de gestão. Revista de Direito Público, Londrina, v. 1, n. 2,, maio/ago. 2006. pp.34-35

É oportuno dizer que a Lei das OS, enquanto lei Federal, assegura aos Estados, Municípios e Distrito Federal o direito de legislar sobre a matéria, de forma que sejam mantidos os preceitos iniciais, cabendo a estes o fundamento para a gestão conforme as necessidades regionais, ao passo que o marco regulatório das organizações da Sociedade Civil possui caráter nacional, ou seja, poderá ser aplicada em todas as esferas, seja ela de administração direta ou indireta.

Em suma, a compreensão das principais formas de apoio das OSC junto ao Estado apresenta um avanço significativo ao trazer a Gestão Pública, profissionais e organizações com experiência na saúde. Comum em todas as modalidades de parcerias, o ente contratante pode determinar a responsabilidade dos profissionais da organização contratada. E com isso, observamos o impacto destes profissionais na gestão das OSC na saúde, tema deste trabalho.

5.4 Das Contratualizações

Oriunda da renovação do setor público francês no final dos anos 60, a ideia do Contrato de Programa buscava responder às críticas à ineficiência das empresas públicas,²³² estabelecendo compromissos contratuais com incentivos pelo alcance de metas. Com isso, a contratualização era inserida nos contratos firmados entre os Estados e as Instituições da sociedade, trazendo o entendimento de Centro de Responsabilidade, que se refere a uma unidade ou departamento com gestão e responsabilidade sobre suas atividades e resultados, entre os agentes do serviço público.²³³

Na Administração Pública Brasileira, o termo contratualização é utilizado na aplicação de questões teóricas e técnicas de interesse do Poder Público com as instituições e organizações da sociedade civil. Fixada nela, está a celebração do Contrato de Gestão com cláusulas de compromisso mútuo em prol do objetivo definido nas metas de desempenho.²³⁴ Neste acordo, são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas conforme as necessidades apresentadas pelo ente

²³² DI PIETRO, Maria Sílvia Zanella. Contratos de gestão. Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. Biblioteca Jurídica Virtual. 2000. pp.2-3

²³³ SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Aspectos gerais da contratualização de desempenho institucional. São Paulo, 2018. pp. 2-3

²³⁴ Ibid.p.1

público. Este documento detalha as obrigações e responsabilidades de todas as partes envolvidas, e define os critérios para avaliar o desempenho do contratado pelo contratante.

A formalização deste acordo varia segundo o tipo e o conteúdo do contrato, bem como a área de atuação e os órgãos envolvidos, conforme determinado na legislação aplicável. Contudo, neste estudo, focamos nas especificidades relacionadas ao Sistema Único de Saúde.²³⁵

Nesse sentido, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde aponta que o modelo de contratação do SUS e seu financiamento baseavam-se na produção de serviços. Para isso, a capacidade física e os recursos humanos foram considerados, enquanto o gestor definiu as prioridades no plano de atenção à saúde. Entretanto, esse modelo se desmantelou em consequência da alta demanda dos usuários e da capacidade orçamentária do Estado para o financiamento do sistema.²³⁶

Dessa forma, o ato de contratualizar tornou-se necessário para a garantia dos resultados pactuados, permitindo a orientação e instrumentalização do gestor contratante na condução dos processos de negociação, implantação, monitoramento, avaliação, supervisão e controle dos atos das OSCs. A mútua colaboração possibilitaria então que os objetivos fossem alcançados, da forma mais eficiente e eficaz para o SUS, a começar pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos²³⁷ e estendendo-se à Política Nacional de Atenção Hospitalar.²³⁸

É importante citar que não há aquisição de bens ou prestação de serviços propriamente ditos, uma vez que a celebração dos Convênios, Termos de Fomento e Colaboração, além dos Contratos de Gestão, já preveem obrigações recíprocas.

²³⁵ BRASIL. Lei 9.637/98. Art. 7º Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos: § 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

²³⁶ CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação e Contratualização de Serviços Hospitalares no SUS. Conass Documenta. v.41. Brasília. 2022. Pág 46

²³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005 Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.

²³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Nele, o Poder Público disponibiliza os recursos para o contratado geri-los, viabilizando obras, serviços, compras, locações e gestão de recursos humanos previstos para a manutenção do aparelho de saúde ou do programa de saúde ao qual se destina o contrato. Contudo, os envolvidos podem firmar incentivos administrativos ou financeiros pelo alcance das metas, por exemplo, fomento público para ampliação de estruturas, prêmios, imunidades ou isenções de impostos e taxas, de forma que a regulação possua caráter colaborativo e normas específicas previstas no contrato de gestão.²³⁹

Tais incentivos não têm o objetivo de gerar lucros, uma vez que as Organizações da Sociedade Civil não possuem características lucrativas nem econômicas.²⁴⁰ No entanto, favorecem a manutenção do contrato e, dessa forma, subsidiam outras necessidades que os termos e contratos eventualmente necessitem.

Enquanto incentivo, a contratualização interna possibilita que o contratante estabeleça os objetivos a serem cumpridos nos termos e contratos, estimulando as OSCs a ampliarem suas atividades com qualidade e em sincronia com as Políticas Públicas de Saúde.^{241 242}

A contratualização externa, por sua vez, vincula os demais órgãos e entidades públicas de diferentes entes federativos, buscando o interesse mútuo e observando, portanto, as diretrizes do Ministério da Saúde e das Políticas Públicas de Saúde estabelecidas no SUS.²⁴³

Os requisitos para a contratualização são os mesmos: o compromisso com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a preocupação com a qualidade e a eficiência da assistência, e o cumprimento dos requisitos assistenciais e normativos

²³⁹ SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Aspectos gerais da contratualização de desempenho institucional. São Paulo, 2018. pp. 45–48

²⁴⁰ BRASIL. Lei nº 9.637/98. Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

²⁴¹ SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. A Diretriz Constitucional de Participação Social no SUS. Coletânea de Direito à Saúde. CONASS.2018. pp 14-17

²⁴² BRASIL. Constituição (1988). Art. 37. A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I - o prazo de duração do contrato; II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III - a remuneração do pessoal.

²⁴³ Ibid.pp 17-18.

em saúde de alta complexidade. A manutenção do serviço de urgência e emergência - geral ou especializado - de acordo com protocolos de classificação de risco, é o compromisso mais presente nas esferas municipais.

O compromisso com a gestão dos leitos hospitalares visa a otimizar a internação, a implantação do Atendimento Humanizado conforme a Política Nacional de Humanização, e a oferta de formação e qualificação aos profissionais de saúde, além da formação educacional destes profissionais.²⁴⁴ Convém comentar que os compromissos essenciais estão previstos no MROSC, contudo, cada esfera poderá complementá-los conforme sua necessidade junto à OSC.

Considerando o foco deste estudo, vale destacar que é atribuição do Secretário de Saúde do Município de São Paulo informar, no contrato com as Organizações da Sociedade Civil, os requisitos necessários para a gestão das políticas públicas municipais, com metas claras e objetivas, e avaliar a capacidade da organização em atendê-los.

6. GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

O Município de São Paulo é a maior cidade do Brasil, e está entre as maiores cidades do mundo em termos de população. O município concentra 10% do PIB brasileiro,²⁴⁵ e é considerado um dos maiores polos de saúde da América Latina. São Paulo é sede do Hospital Albert Einstein - referência mundial em saúde - do complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, e do Instituto do Câncer, o maior centro de oncologia do hemisfério sul.²⁴⁶

Além disso, a população paulistana é bastante numerosa, em torno de 11,5 milhões de habitantes,²⁴⁷ o que permite uma economia diversificada e um investimento considerável na indústria, comércio e serviços. Isso favorece uma migração para o município, aumentando a população e, consequentemente, gerando

²⁴⁴ FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Contratualização de desempenho institucional no SUS: aspectos gerais / Fiocruz Brasília - Brasília, DF: Fiocruz Brasília; Saberes, 2018. pág 92-94.

²⁴⁵ IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade de São Paulo concentra 10,3% do PIB do país em 2019. Brasil. Estatísticas Sociais. Rio de Janeiro

²⁴⁶ UNICAMP. Universidade de Campinas. Inquérito da Atenção à saúde municipal. 2020. pp. 1-2.

²⁴⁷ IBGE. Censo 2023.

uma demanda notável nos serviços de saúde.²⁴⁸

Para isso, o Poder Executivo Municipal mantém seus processos de atenção por meio de planos de governo, dentre os quais se encontra o Plano Municipal de Saúde, que define a implementação de todas as políticas de saúde instituídas no SUS durante 4 anos. Com ele, são firmados compromissos e metas que serão empregadas durante a gestão do prefeito, atendendo os preceitos do SUS.²⁴⁹

No Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) direcionou sua gestão aos principais agravantes da saúde da população paulistana, atendendo os requisitos previstos nas políticas nacionais de saúde. Além de aprimorar as necessidades do município, o plano se atenta também à saúde bucal, consumo de álcool, tabagismos e entorpecentes, além da obesidade e atividades físicas.²⁵⁰

A partir desse plano, a SMS avalia sua capacidade instalada, podendo ajustá-la conforme a demanda na saúde, e podendo também firmar os contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde para auxiliá-los na atenção à saúde da população.

6.1 Estrutura e Gestão municipal de saúde

Os cuidados com a saúde no Município de São Paulo têm raízes que antecedem a Proclamação da República, período em que o município era administrado por Intendências.²⁵¹ Na época, almejando maior independência, a gestão municipal era dividida em quatro partes: Intendência de Justiça e Polícia, Higiene e Saúde Pública, Obras Municipais, e Finanças.²⁵²

²⁴⁸ CORREA, Laise Lisboa; COUTO E LIMA, Mariana Santos. Vulnerabilidade na pandemia: o imigrante na cidade de São Paulo diante da COVID-19. pp 122-123.

²⁴⁹ Os primeiros Planos Municipais de Saúde do município não continham o Plano Plurianual, somente em 2008-2009, houve a adaptação dos preceitos do Pacto pela Saúde, bem como a incorporação da defesa do SUS. (SMS/SP PMS-2010-2013).

²⁵⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. São Paulo. pp 11-15.

²⁵¹ SÃO PAULO. (Estado). Decreto n° 13 de 15 de janeiro de 1890. Art 1° Até a definitiva constituição dos Estados Unidos do Brazil, ou antes, se assim convier, - o poder ou governo dos municipios do Estado de S. Paulo será exercido por conselhos, de intendência municipal, nomeados pelo Governador.

²⁵² SÃO PAULO. (Município) Lei n° I. Art. 1.º — São creados quatro logares de Intendentes, correspondentes a quatro secções em que ficam distribuídos os serviços de execução municipal, a saber: (...) b) o de "Higiene e Saude Publica", abrangendo, em geral, assumptos referentes; alimentação, soccorros, hospitaes, recolhimentos, matadouros, mercados ou feiras, limpeza e asseio,

Com a Proclamação da República, a saúde municipal ganhou novos contornos e conceituações. Em 1961 ocorreu a separação da Secretaria de Higiene e Saúde da Secretaria de Abastecimento.²⁵³ Posteriormente, após a promulgação da Constituição Federal em 1989, passou-se a utilizar o termo Secretaria Municipal de Saúde.²⁵⁴

Conforme estabelecido pela Constituição Municipal,²⁵⁵ a saúde passa a ser um dever do Poder Público Municipal. Seu objetivo é garantir, com a participação da comunidade, as políticas voltadas ao bem-estar físico, mental, e social do indivíduo e da coletividade, alinhadas aos princípios do SUS.²⁵⁶ A administração direta é quem preferencialmente exerce essa função, com a participação suplementar de entidades do terceiro setor, conforme previsto no artigo 199 da Constituição Federal.²⁵⁷

A partir da Lei Orgânica do Município, o Executivo Municipal formulou, posteriormente, novas definições e atribuições à SMS. Isso permitiu incorporar as possibilidades de formular e implementar políticas públicas de saúde no município, sempre alinhadas às políticas públicas nacionais - e ao SUS - e atendendo à demanda local.

Assim, a SMS assumiu como missão promover, proteger e restaurar a saúde dos habitantes do município de São Paulo. Como visão, ser reconhecida como um padrão de excelência em serviço público, incorporando valores de equidade e integralidade em uma rede de saúde de alta qualidade que opera com eficiência e transparência. Para isso, a SMS propõe uma estrutura diversificada, permitindo a criação de departamentos especializados e regionalizados, atendendo às diversas unidades gerenciais que mantêm a obrigação de responder ao chefe da pasta sobre

lavanderias, chafarizes, abastecimento de águas e exgottos, jardins, imigração e alojamentos, cemiterios, etc.(...).

²⁵³ SÃO PAULO. (Município) Lei nº 5.869 de 27 de novembro de 1961. Desdobra a Secretaria de Higiene na Secretaria de Higiene e Saúde e Secretaria de Abastecimento, e dá outras providências.

²⁵⁴ SÃO PAULO. (Município) Decreto nº 27.724 de 6 de abril de 1989. Art. 1º - A Secretaria de Higiene e Saúde - SHS passa a denominar-se Secretaria Municipal da Saúde - SMS.

²⁵⁵ SÃO PAULO. (Município) Lei nº 0 de 4 de abril de 1990. Lei Orgânica do Município de São Paulo.

²⁵⁶ SÃO PAULO. (Município) Lei nº 0 de 4 de abril de 1990. Art. 213 O Município, com participação da comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante: I - políticas que visem ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade (...) Art. 214 O conjunto de ações e serviços de saúde de abrangência municipal, integram a rede regionalizada e hierarquizada do sistema único de saúde, nos termos do disposto no art. 198 da Constituição da República.

²⁵⁷ SÃO PAULO. (Município) Lei nº 0 de 4 de abril de 1990 Art. 215 As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Município dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. § 1º As ações e serviços de saúde serão executadas preferencialmente de forma direta pelo poder público e supletivamente através de terceiros, assegurando o estabelecido no art. 199, da Constituição da República.

as atividades propostas e os meios para realizá-las.

Assim, a SMS organiza sua pasta em quatro Secretarias Executivas, com duas delas atuando nas atividades finalísticas - sendo elas a Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especializada e Vigilância (SEABEVS), a Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar (SEAH). As outras duas - atuantes na gestão e administração - são a Secretaria Executiva de Gestão Administrativa (SEGA) e a Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias (SERMAP), além de gerir o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a gestão indireta do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM).²⁵⁸

Na SEABEVS estão concentradas as atribuições relacionadas à atenção básica e especializada, além da Vigilância em Saúde do município. A secretaria abrange a vigilância epidemiológica, vigilância de produtos e serviços de interesse da saúde, vigilância de zoonoses, vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, bem como a atenção aos programas municipais de IST/AIDS e cuidados com os animais. Sob sua responsabilidade estão seis coordenadorias que atendem às regiões Leste, Oeste, Norte, Sul, Centro e Sudeste, por 27 Supervisões Técnicas de Saúde que, juntas, atuam conforme as diretrizes pactuadas pelo órgão central de saúde.

Nesse mesmo intuito, a SEAH, gerencia a assistência hospitalar e os cuidados com as Urgências e Emergências do Município, além de articular as ações ligadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com o Estado e a União, gerindo questões de saúde complexas e dimensionando os casos entre as demais esferas.

A SAGA possui a função de coordenar a gestão de Pessoas e a Escola Municipal de Saúde, além de coordenar as Finanças e o Orçamento da SMS, garantindo a eficiência da gestão com base nas boas práticas e no aprimoramento da gestão do secretário, alinhando as políticas públicas de saúde e gerindo a dispensação dos recursos às demais Secretarias Executivas, de forma que todas as demandas relacionadas à concretização das políticas de saúde sejam viáveis.

Por outro lado, a SERMAP gerencia as ações de suporte administrativo da SMS, regulando a gestão e funcionamento dos instrumentos de saúde no município,

²⁵⁸ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. São Paulo. p. 25.

além de coordenar as Parcerias e Contratações para os serviços e saúde. Além disso, ela fornece informações para o aprimoramento das políticas de saúde e regula os contratos e questões judiciais na saúde, mantendo o Controle Interno da SMS diante da sua gestão.

Para o CMS, órgão colegiado com membros permanentes e deliberativos, é atribuída, por força de Lei Municipal,²⁵⁹ a responsabilidade de formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde no âmbito municipal. Os aspectos econômicos e financeiros também são de responsabilidade do CMS. Do mesmo modo, o HSPM atua na atenção à saúde dos servidores públicos municipais, além de prestar assistência médica e de urgência e emergência à população em geral, nos prontos-socorros adulto e infantil.²⁶⁰

Com essa robusta estrutura de gestão e administração, o Município de São Paulo consegue gerir as Políticas Públicas com excelência, permitindo que a população paulistana encontre a promoção, prevenção e recuperação necessárias para a vida e o seu bem-estar biopsicossocial, dentro das capacidades operacionais e financeiras disponíveis.

6.2 Aparelhamento do Sistema de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo possui uma estrutura ampla, abrangente e diversificada, gerida a partir das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes têm o propósito de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde a fim de fornecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.²⁶¹

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), de responsabilidade municipal, atendem todas as demandas locais - começando pelas promoções e campanhas de saúde,²⁶² passando pela prevenção de doenças e recuperação da população - nas

²⁵⁹ SÃO PAULO. (Município). Lei n.º 12.546, de 7 de janeiro de 1998. Art. 2º O Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, cujas decisões serão homologadas pelo Prefeito, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

²⁶⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025. São Paulo. p 26.

²⁶¹ Ibid. p. 61

²⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2º Ed. 2008. pp 8-10

402 unidades, incluindo as 67 unidades anexadas à Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

Além disso, o município conta com 24 hospitais municipais, incluindo o HSPM, que atendem a demandas de média e alta complexidade - incluindo cirurgias gerais e pediátricas de média complexidade e cirurgias neurológicas consideradas de alta complexidade - como ocorre no Hospital Municipal Alípio Correa,²⁶³ na zona leste de São Paulo.

A assistência à saúde do município conta também com uma ampla rede de atenção emergencial, composta por 50 unidades de atenção imediata com assistência de 24 horas à população, avaliando os casos na própria rede de saúde e, na sua insuficiência, encaminhando-os para hospitais Estaduais ou Federais a depender da gravidade do caso.

No campo da promoção e prevenção, a SMS conta com 28 Centros de Acolhimento para Prevenção do HIV, 39 Centros de Atenção Odontológica (CAO), e 34 Centros de Reabilitação (CR), que, juntos, assistem os paulistanos nas principais questões de saúde.

Na atenção à Saúde Mental, a SMS possui 215 unidades. Dentre elas, encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas, Psicossocial Adulto, Psicossocial Infantojuvenil, Residenciais Terapêuticas, Unidades de Apoio à Saúde Mental, além dos Centros de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, buscando a atenção à saúde mental integralmente e propondo medidas e tratamentos eficazes.

Ao todo, são 1.027 Serviços de Saúde oferecidos pelo Município, incluindo Unidades de Terapia e Diagnóstico, Atenção Domiciliar, Centros de Referência ao Idoso e Centros de Vigilância em Saúde. Juntos, os serviços oferecidos compõem um importante complexo de assistência à saúde, garantindo segurança e atenção a todas as necessidades de saúde da população.

Para isso, a cobertura assistencial conta com mais de 86 mil profissionais de saúde, a maioria vinculada às Organizações Sociais de Saúde presentes no município. Tais profissionais constituem a maior equipe de assistência pública gratuita do mundo e, além disso, prestam atendimento com excelência aos

²⁶³ SÃO PAULO. Secretaria Especial de Comunicação. Hospital Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto amplia estrutura e número de leitos. 30 nov 2022. São Paulo.

paulistanos e a qualquer cidadão que transite no município e necessite de assistência.²⁶⁴

Toda a estrutura e corpo de profissionais de saúde, por meio de instituições sob gestão direta, autárquica ou indireta, realizaram, no ano de 2020, cerca de 58 milhões de atendimentos. Entre eles estão ações de prevenção e promoção da saúde, procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos, além de ações de complementação à saúde durante a pandemia.

Os cuidados com a saúde bucal também tiveram números expressivos, alcançando cerca de 141 mil procedimentos, entre eles, primeiras consultas, procedimentos clínicos, cirúrgicos e colocação de órteses e próteses, sob gestão municipal. Além disso, os atendimentos médicos de urgência e emergência somaram 5 milhões de atendimentos.²⁶⁵

Com efeito, esse aparato necessita de uma gestão como a implementada atualmente na SMS - pois os números de atendimentos são compatíveis com estados inteiros - além dos recursos destinados à área, que contabilizaram 17 bilhões de reais somente no ano de 2023.²⁶⁶

Diante da complexa estrutura de atenção à saúde no município, o gestor de saúde reconheceu a importância de contar com a colaboração de Organizações da Sociedade Civil para alcançar os objetivos no campo da saúde pública. Essa parceria visa a garantir a utilização assertiva dos recursos destinados à saúde e o acompanhamento das necessidades da população por meio de políticas públicas de saúde.

6.3 Das parcerias com as Organizações da Sociedade Civil e suas Qualificações

Diante da estrutura abrangente que o município possui e dos numerosos instrumentos de saúde que atendem a população paulistana, o gestor municipal iniciou a participação das Organizações da Sociedade Civil na saúde somente em

²⁶⁴ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025. São Paulo. p. 68.

²⁶⁵ Ibid. p. 49

²⁶⁶ SÃO PAULO. Secretaria Especial de Comunicação. Cidade terá orçamento de R\$ 95,8 bilhões e investimentos de R\$ 11,5 bilhões em 2023. 30 nov 2022 São Paulo.

2007, quando firmou suas primeiras parcerias.²⁶⁷

Em 2008, a SMS celebrou os primeiros Convênios, apoiados pelos interesses mútuos de importantes hospitais paulistas.²⁶⁸ Tais Convênios contribuíram para a implantação de ações que deram origem aos Ambulatórios Municipais e continuidade às atividades da Estratégia da Saúde da Família para moradores em situação de rua. Posteriormente, foram celebrados Convênios para assistência à saúde e assistência psicossocial.²⁶⁹

A Casa de Apoio à Mulher, à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência Doméstica e Situação de Risco foi a primeira OSC a firmar o Termo de Fomento com a SMS em 2018.²⁷⁰ A importância da Casa de Isabel para a atenção multidisciplinar às mulheres e crianças tornou-se um projeto pioneiro, servindo de exemplo para outros entes Públicos. Por outro lado, os primeiros Termos de Colaboração ocorreram somente em 2016, quando o município trouxe a Associação Cruz Azul de São Paulo para desenvolver ações conjuntas de prevenção, promoção e recuperação da saúde no sistema municipal.²⁷¹

Porém, a SMS optou pelo Contrato de Gestão junto às Organizações Sociais como principal modelo de parcerias para gestão das RAS, constituindo para isso, em 2006, a Lei Municipal n.º 14.132 de 24 de janeiro de 2006,²⁷² apoiada posteriormente pelo Decreto Municipal n.º 58.858, de 20 de dezembro de 2011,²⁷³ e sendo reformada na Lei Municipal n.º 17.542, de 22 de dezembro de 2020,²⁷⁴ que moldou a estrutura, as formas e os requisitos para firmar parcerias para auxílio na gestão da

²⁶⁷ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Contrato de Gestão n.º 002/2007 - Casa de Saúde Santa Marcelina. Objetivo: Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços no Hospital Municipal Cidade Tiradentes.

²⁶⁸ CORREIA, Daniele e MENDES, Áquilas. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. Saúde em Debate. Online. pp. 5-6.

²⁶⁹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Convênio n.º 005/2014 - Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro. Objetivo: Tratamento de clientela que necessita de assistência médica em regime ambulatorial e/ou de internação para atender a demanda submetida à regulação e autorização do Complexo Regulador Municipal

²⁷⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Convênio 001/2018 - Casa de Apoio à Mulher, à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência Doméstica e Situação de Risco. Objetivo: Rede de atenção a pessoas vítimas de violência.

²⁷¹ SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Termo de Colaboração n.º 13/2016 - Associação Cruz Azul de São Paulo. Objetivo: Apoio nas ações de saúde no município.

²⁷² SÃO PAULO. (Município). Lei n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais

²⁷³ SÃO PAULO. (Município). Decreto n.º 52.858 de 20 de dezembro de 2011. Confere nova regulamentação à Lei n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais.

²⁷⁴ SÃO PAULO. (Município). Lei n.º 17.542 de 22 de dezembro de 2020. Introduce alterações na Lei n.º 14.132/06.

saúde municipal, apresentando requisitos semelhantes à Lei Federal n.º 9.637/98.

Conforme a Lei Municipal, as Organizações da Sociedade Civil deverão buscar a qualificação como Organização Social no município para que então possam se candidatar aos chamamentos públicos.²⁷⁵ Para isso, a candidata deverá atender os requisitos baseando-se na Lei 9.637/98, que determina, entre outros critérios, a natureza não econômica. Todavia, o município determina que o excedente financeiro seja investido no benefício dos Instrumentos de Saúde sob sua gestão.²⁷⁶

Entre os requisitos da SMS, destacamos a exigência de que as entidades candidatas tenham um tempo mínimo comprovado de cinco anos no exercício da atividade a que se propõem concorrer para se qualificarem e firmarem seus contratos. Esta exigência está intrinsecamente relacionada aos freios de entidades que se aventuram a participar da prestação de serviços na saúde ou em qualquer outra atividade permitida.²⁷⁷

Adicionalmente, a qualificação depende da estrutura interna do corpo diretivo, exigindo a inclusão da sociedade civil além da criação de um Estatuto alinhado com os princípios da dignidade da pessoa humana e que faculte a fiscalização dos atos praticados durante a execução do Contrato de Gestão pelo Tribunal de Contas do Município.²⁷⁸

Avaliando os requisitos iniciais, a SMS determina que o candidato possua o Certificado de Regularidade Cadastral emitido pelo Cadastro Único das Entidades Parceiras do Terceiro Setor. Esta certificação observa a validade documental das

²⁷⁵ SÃO PAULO. (Município). Lei 14.132/06. Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas às áreas de saúde:(...) Art. 5º Para os efeitos desta lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às mencionadas em seu art. 1º.

²⁷⁶ SÃO PAULO. (Município). Lei 14.132/06. Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no art. 1º desta lei habilitem-se à qualificação como organização social: (...) b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades; (...)

²⁷⁷ SÃO PAULO. (Município). Lei 14.132/06. Art. 21. Na hipótese de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei(...)

²⁷⁸ SÃO PAULO. (Município). Lei 14.132/06. Parágrafo único. As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas àquelas relacionadas no "caput" deste artigo, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Câmara Municipal, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Município, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

organizações candidatas à qualificação.²⁷⁹

Após este processo, os documentos são submetidos à Coordenação de Parcerias com o Terceiro Setor, entidade ligada à Secretaria Municipal de Gestão, que o analisará juntamente com o chefe do Poder Executivo Municipal, cabendo a estes qualificar ou não o candidato como uma Organização Social.²⁸⁰

Em posse do Certificado de Qualificação como Organização Social, esta OS poderá se inscrever no Chamamento Público Municipal. Esta modalidade tem como base a Lei Municipal n.º 14.132/2006, que possibilita a contratação das OSs para a atenção à saúde - entre outros eventuais interesses do Município.

Cabe reforçar a discricionariedade do Chefe do Executivo para a escolha das OSs habilitadas no chamamento público, uma vez que estas OSs já estão cientes dos objetivos, obrigações, orçamento, metas e indicadores de desempenho estabelecidos no edital. Com a escolha da OS e sua devida formalização, inicia-se a transição do instrumento de saúde da administração anterior para a OS vencedora.

Em suma, da qualificação à escolha da OS para firmar o Contrato de Gestão, as etapas enfrentadas servem como barreiras para entidades não qualificadas ou despreparadas. Com isso, o município de São Paulo é considerado pioneiro neste modelo, sediando os maiores e melhores instrumentos de saúde geridos por Organizações Sociais.

6.4 Das Organizações Sociais de Saúde e suas Unidades de Gestão

Para compreender o perfil das OSC no município de São Paulo, foram utilizadas informações colhidas por meio das solicitações²⁸¹ apresentadas ao Portal da Transparência do Município de São Paulo. Viabilizado por força da Lei de Acesso

²⁷⁹ SÃO PAULO. (Município). Secretaria Municipal de Gestão. Portaria n.º 34 de 17 de abril de 2017. Regulamenta os procedimentos para operação do Cadastro Municipal Único de Entidades Parceiras do Terceiro Setor – CENTS.

²⁸⁰ SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Gestão. Coordenação de Parcerias com o Terceiro Setor. Manual para qualificação como Organização Social. 2021. Pág 23-25.

²⁸¹ Solicitações n.º 6422 de 17/03/2022; e as solicitações n.º 66401, 66402, 66404, 66405, 66406, 66408, 66409, 66410, 66412, 66413, 66414, 66415, 66416, 66417, 66419, 66420, 66421, 66422, 66423, 66424, 66425 de 18/08/2022, através do endereço eletrônico <http://esic.prefeitura.sp.gov.br>.

à Informação²⁸² e do Decreto Municipal n.º 53.623/2012,²⁸³ com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Com essas informações foi possível detectar o perfil das organizações ativas no município e compreender as razões que tornaram a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pioneira nas contratações e parcerias com o terceiro setor.

Inicialmente, observamos que a maioria das organizações que celebram algum tipo de contrato ou acordo com a SMS tinham por base alguma vivência na saúde. Porém, em outras organizações, a atenção à saúde se iniciou como consequência de uma gestão preocupada com o bem-estar da sociedade - como ocorreu com o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI).²⁸⁴ Esta organização teve sua origem na área da construção civil, em que empresários e a organização sindical, preocupados com a saúde dos profissionais e de seus familiares, idealizaram instrumentos de saúde que atendiam a classe deste ramo e da sociedade local. Com o crescimento e o engajamento, a SECONCI qualificou-se como OS e gerência 52 unidades de saúde no município.

Outro exemplo é a Associação Comunitária Monte Azul,²⁸⁵ que iniciou suas ações em 1979 no extremo sul de São Paulo. Na época, sua atenção estava voltada ao crescimento populacional e ao acompanhamento do processo de migração de nordestinos para o município. Com isso, a atenção à saúde tornou-se necessária, e hoje a OS gerencia unidades de saúde na região.

Preocupada com a saúde física e mental dos paulistanos, a Associação de Apoio ao Projeto Quixote²⁸⁶ tornou-se um importante núcleo de atenção psicossocial na região centro-sul de São Paulo. Oriunda da Disciplina de Saúde Mental em jovens e adultos da Universidade Federal de São Paulo, a associação assumiu importantes instrumentos de atenção à saúde mental.

²⁸² BRASIL. Lei nº 12.527/2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

²⁸³ SÃO PAULO. Decreto nº 56.623 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Poder Executivo, estabelecendo procedimentos e outras providências correlatas para garantir o direito de acesso à informação, conforme especifica.

²⁸⁴ SECONCI-SP. Histórico. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.seconci-sp.org.br/historico>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁸⁵ ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL. Quem Somos. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://monteazul.org/pt-br/quem-somos/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁸⁶ PROJETO QUIXOTE. O Projeto. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.projetoquixote.org.br/o-que-e-o-projeto/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

Ao observarmos a Universidade Federal de São Paulo, identificamos outra importante organização, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina,²⁸⁷ que atua desde 1933 atendendo a população e hoje é a principal OS no município, gerenciando mais de 230 unidades de saúde.

Portanto, fica claro que as universidades e sua dedicação no ensino da saúde e compromisso social permitiram que outras organizações surgissem, como no caso da Fundação ABC,²⁸⁸ que atua na gestão de instrumentos de saúde na região leste.

A atenção gratuita e universal da saúde como conhecemos hoje não era a mesma de décadas atrás. Como já mencionado, a evolução do Sistema Único de Saúde como direito social e dever do Estado se deu a partir da Constituição Federal de 1988. Antes disso, cabia às entidades religiosas e filantrópicas o dever de cuidar dos menos favorecidos.

Desse modo, encontramos as organizações pioneiras na atenção à saúde gratuita e filantrópica, associada a determinadas linhagens religiosas. Algumas delas foram fundadas por membros da Igreja Católica, e ainda são gerenciadas por membros diretos da religião, como a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo,²⁸⁹ a Casa de Saúde Santa Marcelina²⁹⁰ e a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração.²⁹¹

Essas OSCs se instalaram no Brasil há décadas, decorrentes da atuação missionária ligada à saúde e à filantropia. Com a crescente responsabilidade e a quantidade de atendimentos que assumiram, foram-lhe concedidos créditos para firmarem contratos com a SMS, uma vez que sua ausência impacta consideravelmente a saúde no município. Juntas, elas gerenciam 138 unidades de saúde, a maioria na região leste de São Paulo.

Outras organizações atuantes no município e com influência religiosa em ações de filantropia são a Associação Comunitária e Beneficente Padre José

²⁸⁷ ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (SPDM). Quem Somos. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://spdm.org.br/a-empresa/conheca-a-spdm/quem-somos/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁸⁸ FUNDAÇÃO ABC. Quem somos.[S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://fundacaoabc.org/quem-somos/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁸⁹ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Histórico. [S.l.], 22 dez. 2020. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/portal/historico/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁰ IRMÃS MARCELINAS. O hospital. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://santamarcelina.org/irmas-marcelinas>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹¹ IRMÃS HOSPITALEIRAS. Fundadores. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://irmashospitaleiras.org/fundadores/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

Augusto Machado²⁹² e a Coordenação Regional de Obras de Promoção Humana,²⁹³ ambas atuantes na gestão de unidades de cuidado psicossocial de crianças, jovens e adultos.

Em referência aos cuidados psicossociais, como apontado na tabela 1, observamos a relevância das organizações da sociedade civil, muitas destas nascidas dos interesses locais. Isso evidencia a importância do cuidado com as minorias de forma regionalizada.

Uma organização nascida na região leste, a Associação da Casa dos Deficientes de Ermelino Matarazzo,²⁹⁴ promove atenção social e reabilitação de jovens e adultos, reinserindo-os no mercado e trazendo, sobretudo, um bem-estar social concreto às pessoas com deficiências - de modo semelhante à Associação Pró-Saúde Mental²⁹⁵ e ao Centro de Apoio à Mulher, à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência Doméstica — Casa Isabel²⁹⁶ que viabiliza cuidados com a saúde física e mental das vítimas de violência doméstica.

As questões de preocupação e responsabilidade social atraíram importantes instituições para a gestão pública de saúde. Um exemplo disso são o Instituto de Responsabilidade Social Sírío Libanês²⁹⁷ e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein²⁹⁸ - figurando entre os mais importantes núcleos de saúde do mundo - que firmaram parcerias com a SMS para gerir 25 instrumentos de saúde nas regiões sul e oeste de São Paulo.

Os hospitais públicos estaduais também foram berço de outras organizações como a Associação Saúde da Família²⁹⁹ e o Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João

²⁹² SONHAR É ACONTECER. História. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://sonhareacontecer.org.br/historico>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹³ CROPH. Um pouco da nossa trajetória. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <http://croph.org.br/um-pouco-da-nossa-trajetoria>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁴ ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO EXCEPCIONAL DE ERMELINO MATARAZZO (ACDEM). História. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.acdem.org.br/histria>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁵ ASSOCIAÇÃO PRÓ-SAÚDE MENTAL (PROSAM). Home. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: https://prosam.org.br/pt_BR/. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁶ CASA DE ISABEL. Quem Somos. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://casadeisabel.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁷ IRSSL. Institucional. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://irssl.org.br/institucional/#institucional>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁸ HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Sobre Einstein. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein>. Acesso em: 10 ago. 2023.

²⁹⁹ SAÚDE DA FAMÍLIA. Quem Somos. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: https://www.saudedafamilia.org/_wp/index.php/pt/home/sobre-nos/quem-somos/. Acesso em: 10 ago. 2023.

Amorim.³⁰⁰ Ambas são qualificadas como Organização Social e atuam na gestão de 215 instrumentos de saúde em todas as regiões de São Paulo, além de gerir o programa Mãe Paulistana.

Tabela 1 - Organizações da Sociedade Civil com parcerias na Secretaria Municipal de Saúde

OSC	Origem	Fundação	Região	Instrumento	Unidades
A. C.B. Padre Moreira	Religiosa	1985	Leste	Convênio	10
A.C. Monte Azul	Social	1970	Sul	C. Gestão	16
A.C.D. Ermel. Matarazzo	Social	1989	Leste	Convênio	1
A.A.Projeto Quixote	Universidade	1996	Sul	Convênio	1
A. F. Nova Esperança*	Social	2003	Centro	C.Gestão	1
A.P. Desenv. Medicina	Universidade	1933	Sudeste	C.Gestão	231
A, Pró Saúde Mental	Social	1987	Oeste	Convênio	1
A. Saúde da Família	Hospitalar	1992	Sul	C. Gestão	165
C.S. Santa Marcelina	Religiosa	1838	Leste	C.Gestão	128
C.A.M.A.V. Casa Isabel	Social	2001	Leste	Convênio	4
C.E.P. João Amorim	Hospitalar	1991	Sul	C.Gestão	50
C.I.H Sagrado Coração	Religiosa	1986	Oeste	Convênio	8
C.R.O Promoção Humana	Religiosa	1972	Norte	Convênio	1
Fundação do Abc	Universidade	1967	Leste	C.Gestão	25
A.B. Avançada à Saúde**	Educacional	2008	Norte	C. Gestão	1
I.R.S Sírio Libanês	Hospitalar	2008	Centro	C. Gestão	2
I.N Tecnologia e Saúde	Social	2009	Sul	C.Gestão	52
I.Santa Casa de Misericórdia	Religiosa	1562	Norte	C.Gestão	2
S.S.Construção Civil	Sindical	1964	Sudeste	C.Gestão	52
S.B. Caminho de Damasco	Social	1939	Oeste	C.Gestão	35
S.B.I.B Albert Einstein	Social	1955	Oeste	C.Gestão	23
Total					791

Fonte: Autor (2023).

* Assumiu a Unidade em 2021. ** Desqualificada em 2021.

Contudo, é importante destacar o caso do Instituto de Assistência Básica e Avançada à Saúde,³⁰¹ que mantinha diversos Termos de Colaboração e Contratos de Gestão junto à SMS e, devido à má gestão, foi desqualificado. A saída desta organização da gestão trouxe o desafio para outras importantes OSCs de suprirem a necessidade da SMS em gerir essas parcerias.

³⁰⁰ CEJAM. Sobre nós. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://cejam.org.br/o-cejam/sobre-nos>. Acesso em: 10 ago. 2023.

³⁰¹ INSTITUTO IABAS. About. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.linkedin.com/company/institutoiabas/about/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

Dessa forma, o Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde,³⁰² a Associação Filantrópica Nova Esperança³⁰³ e a Sociedade Beneficente Caminho de Damasco³⁰⁴ - OSCs oriundas do interesse social na saúde - assumiram as unidades que foram deixadas pela desqualificação do Instituto de Assistência Básica e Avançada à Saúde.

Com isso, torna-se possível compreender e assegurar que as organizações atuantes no município possuem um interesse intrínseco na saúde social. Tornando notório o intuito delas em oferecer uma gestão segura e assertiva.

Ademais, ao observar a idoneidade de cada instituição e a sólida presença social, verifica-se que os gestores e seus profissionais de saúde estão dedicados à assistência segura e benéfica. Contudo, ainda que possuam reais interesses, zelo e conhecimento técnico, estes profissionais estão sujeitos a falhas, que impactam não somente o paciente, mas também as instituições e o Estado.

PARTE 3 - DOS EVENTOS ADVERSOS E SEUS IMPACTOS NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

7. DOS EVENTOS ADVERSOS E O ERRO MÉDICO

No Brasil, dispomos de uma extensa rede de profissionais de saúde dedicados ao atendimento ao paciente, atuando ativamente na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Profissionais como biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e odontologistas, juntamente com outros técnicos, são regulamentados e monitorados por seus respectivos conselhos de classe. Além disso, existem aqueles que são responsáveis pela gestão, organização, manutenção e limpeza nas instituições de saúde, contribuindo para seu bom funcionamento.

Um aspecto essencial comum a todos os profissionais que interagem com

³⁰² SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Histórico. [S.l.], 22 dez. 2020. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/portal/historico/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

³⁰³ ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA NOVA ESPERANÇA. Quem somos. Disponível em: <https://www.afne.org.br/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

³⁰⁴ SBCE - SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO. Quem somos. [S.l.], 26 jul. 2022. Disponível em: <https://sbce.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

pacientes e seus familiares é a orientação para a promoção da saúde e segurança do paciente, independentemente de sua posição ou nível hierárquico. A excelência em suas funções é um objetivo primordial, de modo que mesmo aqueles que inicialmente não possuem formação específica na área da saúde, ao se integrarem às instituições de saúde, recebem o treinamento e a orientação necessários para desempenharem suas funções de forma competente na assistência e suporte ao paciente.³⁰⁵ Dessa forma, o paciente pode buscar serviços de saúde - público ou privado - seguro de que todos os profissionais atuarão com zelo e cautela para suprir suas necessidades.

Contudo, é imprescindível reconhecer que, apesar da qualificação dos profissionais da saúde, se deve lembrar de que são seres humanos e, portanto, sujeitos ao erro. Ainda que se aja com o máximo de zelo, existe a possibilidade de algum prejuízo - não intencional - ao paciente, seja ele de natureza moral, emocional ou estética. Nestes casos, o profissional deverá reparar seu erro.

Conduzir-se-á, neste estudo, uma análise abrangente dos eventos que resultaram em danos ao paciente - sem atribuir foco a profissões específicas. A ênfase recairá, então, sobre os atos cometidos de maneira culposa ou dolosa e sobre como uma sequência de eventos contribuiu para aquele resultado. A pesquisa abordará tanto os fatores intrínsecos quanto os fatores extrínsecos associados às ações dos profissionais de saúde.

7.1 Dos Eventos Adversos e o Erro Médico

Ao prestar atendimento a um paciente, o profissional de saúde emprega seus conhecimentos - fundamentados na ciência e em experiências clínicas - buscando alcançar a resolução dos problemas de saúde do paciente. Contudo, é necessário considerar as incertezas inerentes às ciências da saúde, que podem decorrer das variabilidades genéticas e morfológicas³⁰⁶ dos pacientes, por exemplo.

É importante esclarecer que tais incertezas não são reflexo de uma deficiência na formação profissional, pois, no Brasil, os currículos de formação em

³⁰⁵ AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 29, n. 2, 2005. pp 136–146.

³⁰⁶ PENA, Sérgio Danilo Junho. Medicina genômica personalizada aqui e agora. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 3 de julho de 2010. pp 1-3.

saúde são estruturados para abordar as principais enfermidades prevalentes. E isso, somado aos avanços tecnológicos em diagnóstico, contribui significativamente para o alcance dos resultados desejados.

Dessa forma, além dos fatores biológicos, devemos considerar o contexto social, cultural e econômico dos pacientes, que também pode influenciar nos resultados do tratamento, ressaltando a necessidade de uma abordagem holística na atenção aos pacientes do sistema de saúde.³⁰⁷ Ademais, nesta oportunidade, cabe aos profissionais de saúde utilizar-se de sua expertise técnica, somada à capacidade interpretativa de sinais sutis do paciente, e adaptar suas estratégias de tratamento para evitar resultados negativos.

Ciente disso, observamos que os eventos adversos (EA) e erros médicos (EM) ocorrem a cada minuto, ocasionado, muitas vezes, o óbito das vítimas dessas ocorrências. Embora indesejados, esses eventos e erros são uma realidade na prática clínica, como também são os incidentes de menor gravidade. Deve-se considerar, portanto, a segurança do paciente a todo momento. Tendo isso em vista, faz-se necessário, então, compreender e distinguir os eventos adversos dos erros médicos.³⁰⁸

Inicialmente, a preocupação com a segurança do paciente se deve ao fato de que em média 10% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos ou em desenvolvimento sofrerão algum EA.³⁰⁹ Neste cenário, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde, implantou ações para a melhoria deste quadro. Por conseguinte, o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).³¹⁰

Estabelece-se então a definição do evento adverso como um incidente que

³⁰⁷ KOHN, Linda T; CORRIGAN, Jant M e DONALDSON, Molla. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy of Sciences. 2000. pp 22-23

³⁰⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Statistic 2023. Suíça. pp 78–80

³⁰⁹ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília 2017. p 9

³¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

resulta em dano físico, social ou psicológico desnecessário ao paciente.³¹¹ ³¹² No mesmo programa são estabelecidas formas de operacionalização e gestão da segurança do paciente, entre elas, protocolos de atividades, manutenção efetiva e a inclusão dos profissionais de saúde, gestores, pacientes e familiares na atenção e cuidados na saúde.³¹³

Compreendendo claramente tal definição, o Ministério da Saúde determinou o monitoramento dos EA através de notificações no núcleo do PNSP. Essa metodologia de monitoramento pretendia mapear os principais EA e suas raízes, e, com isso, promover a conscientização dos fatores desencadeantes, além de estimar formas de prevenção contra novos eventos.³¹⁴

A ocorrência de um evento adverso pressupõe a existência de uma conduta do profissional de saúde ao longo do atendimento, que possa resultar em prejuízo ao paciente, ainda que não seja intencional. Este resultado desfavorável pode se manifestar mesmo seguindo todas as precauções e protocolos específicos.

A esse respeito, podemos considerar como eventos adversos, entre outras situações, as infecções hospitalares, adquiridas durante a estadia do paciente no instrumento de saúde.³¹⁵ As reações adversas às medicações, provocando respostas indesejadas durante o tratamento medicamentoso, além dos atos praticados pelos profissionais de saúde, que dentro dos protocolos de manejo clínico, resultam em algum dano ao paciente.³¹⁶

³¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529/13. Art 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições: I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

³¹² AZEVEDO, Antônio Junqueira de. Por uma nova categoria de dano na responsabilidade civil: o dano social. Revista Trimestral de Direito Civil, Rio de Janeiro, 2004. pp

³¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529/13. Art 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições: (...) V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; (...)

³¹⁴ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília 2017. pp. 86-88

³¹⁵ VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. Ed.Atheneu Editora,5. Ed. 2018. pp. 25-29

³¹⁶ SOUSA, Paulo. MENDES, Walter. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. pp 81-85

Ao contrário do evento adverso, o erro médico ou erro do médico,³¹⁷ é definido como um prejuízo à saúde do paciente decorrente de uma conduta, por ação ou omissão, de um profissional de saúde no exercício da sua função, sem qualquer intuito de dano.³¹⁸ Tal erro advém da não conformidade com os padrões técnicos ou por descuido, provocando consequências negativas para a saúde e a vida do paciente.

Sua caracterização compreende elementos jurídicos que devem ser atendidos: conduta culposa, dano, nexos de causalidade, e ato lesivo. Na conduta culposa, o profissional de saúde deverá ter agido sem intenção, apresentando algum dano ao paciente por meio de uma ação deste profissional. Contudo, é essencial analisar os pressupostos do ato lesivo, abrangendo a imperícia, a imprudência ou a negligência.³¹⁹

Para determinar se um profissional cometeu um EM por imperícia, é compreendido a atuação do profissional de saúde sem a devida especialização ou perícia. Para tanto, é crucial compreender os limites da formação e especialização deste profissional. É comum atribuir um EA ao profissional de saúde que, apesar de possuir formação em uma área específica, não possui a especialização avançada necessária para executar certos procedimentos ou prescrever tratamentos. Nesse cenário, não se pode afirmar que houve imperícia. De fato, os conselhos profissionais afirmam que, embora seus inscritos possuam conhecimento generalista, é necessário que se possua uma especialização na área em que atuam.³²⁰

No EA por imprudência, o profissional de saúde habilitado comete uma falha na prestação de cuidados, causando um dano ao paciente. Essa falha pode possuir inúmeras raízes - intrínsecas ou extrínsecas - levando à compreensão jurisprudencial de que o EM ocorre quando o profissional, apesar de qualificado para a atividade, age com a falsa certeza de que está seguindo os protocolos

³¹⁷ O erro médico é o ato cometido por qualquer profissional de saúde durante suas atividades profissionais em atenção ao paciente, enquanto no erro do médico, é o ato cometido pelo profissional de medicina, durante sua assistência ao paciente. (Veloso 2017)

³¹⁸ Correia-Lima, Fernando Gomes. (2012). Erro médico e responsabilidade civil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí. Apud França, Genival Veloso (2008). Dano moral: legislação, doutrina e jurisprudência (5a ed., p. 19). Rio de Janeiro: Forense.

³¹⁹ NETO. Miguel Kfoury. Responsabilidade Civil do Médico. Ed Revista dos Tribunais. Ed 11. 2021. pp 94-98

³²⁰ Ibid. pp 110-114.

corretamente e interpretando os sintomas do paciente de forma acurada, resultando em um tratamento equivocado.³²¹

No EM por negligência, o profissional de saúde omite a assistência necessária. Neste caso, o profissional sabe fazer, possui habilitação correta para aquele ato, mas opta por não realizá-lo, injustificadamente. Na negligência, o profissional está ciente de que sua intervenção pode ter efeitos positivos ou negativos no paciente. Isso difere do dolo, em que o profissional age intencionalmente visando causar um resultado negativo ao paciente, o que é tratado pelo direito penal como dolo direto.³²²

Dessa forma, os principais EM podem ser encontrados no erro de diagnóstico clínico, na falta de conduta do profissional de saúde diante da necessidade do paciente, omitindo a atenção necessária. Podemos encontrar também nos atos cirúrgicos equivocados ou tardios, resultando em dano físico, estético ou até o óbito do paciente.³²³

Embora o termo erro médico³²⁴ seja considerado comum na sociedade, ele carrega um peso ao profissional de saúde. Ao considerar previamente que o profissional cometeu um erro, o termo torna-se condenatório ao profissional, uma vez que o levantamento do caso concreto não foi devidamente averiguado. Sobre isso há movimentos na classe dos profissionais de saúde solicitando a mudança desta nomenclatura.³²⁵

Dessa forma, o paciente que busca auxílio nos instrumentos de saúde do município de São Paulo deve estar ciente da importância de sua ativa participação no cuidado de sua saúde, fornecendo informações relevantes sobre seu estado clínico. Paralelamente, os profissionais de saúde devem estar cientes de suas responsabilidades perante a vida humana.

Uma vez que em situações de eventos adversos ou erros médicos, o paciente é a principal vítima; entretanto, é essencial reconhecer que os profissionais de

³²¹ Ibid. pp 108-110.

³²² Ibid. pp 101-102

³²³ SOUSA, Paulo. MENDES, Walter. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. pp 122-127

³²⁴ Lucian Leape utilizava nomeadamente em 1994 o termo *medical error* para descrever os danos aos pacientes decorrentes por falhas dos profissionais de saúde.

³²⁵ CBC. Colégio Brasileiro de Cirurgões. Cirurgões pedem revisão do conceito de erro médico em ações de indenização. Brasília 2023.

saúde, gestores e instituições também sofrem as consequências desses eventos indesejados.

7.2 Do erro médico em espécies

Diariamente os profissionais de saúde utilizam seus conhecimentos em benefício do paciente em suas atividades clínicas e cirúrgicas. Faz-se necessário, então, compreender os principais eventos adversos e erros médicos, pois assim se pode compreender como os atos realizados no curso da atuação profissional poderiam ser evitados, e, caso não o sejam, como o autor pode ser responsabilizado.

Essa abordagem foi possível por meio dos dados obtidos pela pesquisa jurimétrica, que apontou os EA e EM mais comuns, bem como o modo de os profissionais se comportarem diante de um resultado negativo ao paciente.

No que diz respeito à atuação profissional, os estatutos e códigos de ética dos profissionais de saúde vedam quaisquer atos que resultem em dano ao paciente. Na sua inobservância, estes conselhos determinam as penalidades pelo descumprimento, variando desde penas mais brandas para atos menos graves até o cancelamento do registro profissional em casos de resultados graves ou óbito do paciente.^{326 327 328 329 330}

Embora se presuma a boa-fé desses profissionais, os EA e EM acontecem e é necessário que se compreenda suas causas, gravidade, e os fatores desencadeantes desses atos, bem como o impacto não somente ao paciente, mas

³²⁶ CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931/2009. Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

³²⁷ COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética da Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

³²⁸ CFBM. Conselho Federal de Biomedicina. Código de ética da Biomedicina. Resolução CFBM nº 311/2007. XIII – não praticar ato profissional que cause dano físico, moral ou psicológico ao usuário do serviço que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência;

³²⁹ COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Código de Ética. Resolução nº 424/2013. Artigo 6º– O fisioterapeuta protege o cliente/paciente/usuário e a instituição/programa em que trabalha contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde, advertindo o profissional faltoso.

³³⁰ CRF. Conselho Federal de Farmácia. Código de Ética Farmacêutica. Resolução 596/2014. IV. praticar ato profissional que cause dano físico, moral ou psicológico ao usuário do serviço, que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência;

também a seus familiares, e aos profissionais e instituições

7.2.1 Erro Clínico

No erro clínico, o profissional emprega suas técnicas e conhecimentos prévios, bem como outros métodos já utilizados, para se chegar a um diagnóstico preciso e a um tratamento eficaz, conforme as condições clínicas apresentadas e os sinais e sintomas do paciente. Essa interpretação pretende discernir a causa dos sinais e sintomas, e sua consequência é um tratamento adequado e resolutivo, tanto na origem quanto nos sinais clínicos apresentados. Contudo, como mencionado, as ciências da saúde estão sujeitas a inúmeras variações, uma vez que fatores biológicos, ambientais e sociais influenciam na precisão diagnóstica.³³¹

É nesse momento que podem ocorrer os erros de diagnóstico, resultado de uma cadeia de eventos que podem escalar de uma prescrição medicamentosa³³² incorreta até uma intervenção clínica rigorosa desnecessária, devido quadro clínico do paciente.

Todavia, é preciso compreender a prática clínica para distinguir erros de diagnóstico de evento adverso ou de iatrogenia.³³³ Para um diagnóstico clínico preciso, o profissional de saúde baseia-se na história clínica obtida por meio do relato dos sinais e sintomas do paciente. Com isso - somado ao exame físico completo e acurado, aplicando a semiotécnica,³³⁴ habilidades de comunicação, percepção, sagacidade e inteligência emocional - busca-se identificar a patologia ali apresentada.³³⁵ Em posse dessas informações, o profissional de saúde formula uma hipótese diagnóstica e conforme o que se presume, cabendo a ele solicitar ou não exames complementares, como exames laboratoriais e de imagens, e então

³³¹ KFOURI NETO. p 97

³³² É a área terapêutica que estuda a dosagem correta dos medicamentos para garantir a eficácia e segurança no tratamento de diante das variáveis apresentadas por cada indivíduo. Dicionário ilustrado de saúde.

³³³ Na iatrogenia, o dano ao paciente decorre de uma aplicação terapêutica que é sabido os efeitos daquele ato. Como exemplo uma cicatriz decorrente de uma cirurgia exploratória de emergência. Enquanto nos eventos adversos o dano é previsto, porém é evitável. Por exemplo, uma reação alérgica decorrente da administração de uma medicação no qual o paciente desconhecia a intolerância aquele fármaco.

³³⁴ A Semiotécnica diz respeito ao estudo e ensino da técnica e dos procedimentos necessários ao cuidar que sucedem ao exame físico.

³³⁵ GRABER, M. L. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf.* 2013 Oct;22 pp. 21-22.

descrever um plano terapêutico para aquele caso.

Todo o enredo citado visa ao diagnóstico seguro e preciso, contudo, é inevitável, em alguns casos, obter essa precisão, visto que existem pacientes que apresentam sintomas atípicos de uma patologia, como por exemplo, um quadro de dengue sem hipertermia,³³⁶ dificultando a conclusão diagnóstica pelo histórico sintomatológico.³³⁷ Dessa forma, não há o que se dizer sobre erro de diagnóstico, pois os sinais não apontavam para o quadro em questão.

O erro de diagnóstico pode ocorrer durante o exame físico, na aplicação da semiotécnica, na comunicação entre paciente e profissional, e até mesmo na compreensão dos relatos apresentados pelo paciente, os quais podem estar baseados em vieses cognitivas.³³⁸

Outras circunstâncias podem concorrer com o erro de diagnóstico, por exemplo, falhas técnicas nos equipamentos, aferição incorreta de sinais vitais, falhas de digitação e de informática, inclusive na troca de exames laboratoriais e resultados com falso-positivo, gerando falhas gravíssimas na interpretação dos resultados.³³⁹

No que tange aos erros laboratoriais, que influenciam diretamente no diagnóstico, estes podem ser resultado de falhas humanas ou químicas. Tais erros, ao apresentarem resultados equivocados, podem levar os profissionais de saúde a uma conduta clínica incerta, causando eventos indesejados ao paciente.³⁴⁰

Conforme o Código de Defesa do Consumidor, a atuação do laboratório é vista como atividade fim, ou seja, os profissionais de saúde envolvidos na determinação dos resultados têm o dever de apresentar resultados precisos,³⁴¹ exceto quando há pontos discutíveis no laudo formulado pelo profissional

³³⁶ Segundo o Ministério da Saúde, os sintomas classificados da dengue são: febre alta (>38°C), dor no corpo e articulações, dor atrás dos olhos, mal estar, falta de apetite, dor de cabeça e manchas vermelhas no corpo.

³³⁷ Trata-se do estudo e da interpretação dos sinais e sintomas relatados e encontrados no paciente, e que em conjunto, indicam prováveis quadros patológicos.

³³⁸ Erros cognitivos são distorções na maneira de utilizar informações recebidas, tornando os dados confusos e interpretando de forma equivocada.

³³⁹ DELDUQUE, Maria Célia et al. O erro médico nos tribunais: uma análise das decisões do Tribunal de Justiça da capital brasileira. Saúde e Sociedade. pp 5-7.

³⁴⁰ BALOGH Erin, MILLER, Bryan T. Editors; Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. pp. 112-113.

³⁴¹ BRASIL. Código de Defesa do Consumidor Lei n.º 8.078 de 11 de setembro de 1990. Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (...).

competente,³⁴² conforme compreende o Superior Tribunal de Justiça.³⁴³

Ainda que os exames complementares sejam assertivos e apontem para uma determinada patologia, a disposição de um tratamento equivocado ou conduta inadequada é considerada como EM quando esta destoa da literatura médica.³⁴⁴ É sabido que os profissionais de saúde possuem liberdade para prescrever o tratamento que, a seu ver, se adequa ao seu paciente desde que este esteja de acordo com a prática clínica padronizada.^{345 346} Porém, induzir tratamentos ainda não comprovados e em fase experimental é compreendido como EM, pois requer previsão legal e aprovação dos Conselhos de Classe e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.³⁴⁷

Outro erro clínico relaciona-se ao dever de transmitir a informação, no qual o profissional de saúde é responsável por esclarecer ao paciente sobre as necessidades de suas ações e intervenções, validando-as mediante o consentimento e aceitação do paciente. Dessa forma, é necessário explicar os riscos e possíveis consequências para que o paciente tenha pleno conhecimento ao que ele será submetido para atender às suas necessidades clínicas.³⁴⁸

A comunicação efetiva se aplica às questões administrativas,³⁴⁹ tais como a identificação correta do paciente,³⁵⁰ bem como o gerenciamento do paciente durante o tratamento.³⁵¹ É comum que encontremos EM na administração de medicamentos, muitas vezes motivados pela falta de comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente.³⁵²

³⁴² SHCOLNK, Wilson. Avaliação da cultura e das práticas laboratoriais relacionadas à segurança do paciente. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo 2021. p 20

³⁴³ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.653.134 - SP (2015/0052008-4). Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Brasília. 2015.

³⁴⁴ ALVIN, Arruda, MELLO, Cecília. RODRIGUES. Daniel Colnago. ALVIN. Tereza. Direito Médico - aspectos Materiais e Processuais. Revista dos Tribunais. São Paulo, 2021. pp 116-117

³⁴⁵ CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

³⁴⁶ COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética da Enfermagem. Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

³⁴⁷ ALVIN. p 49.

³⁴⁸ KFOURI NETO. pp 37- 42

³⁴⁹ BARAÚNA JÚNIOR, Haroldo. Documentos médicos eletrônicos. Uma abordagem sobre seus efeitos jurídicos. Ed Lumen Juris. 2019. Rio de Janeiro. pp 47-49

³⁵⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de Ação Global para a segurança do paciente 2021-2030. 2021. Suíça. pp 31-32.

³⁵¹ Ibid. pp 33-38

³⁵² CABRAL. Hildeliza Boechat. Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos

Apesar de a pesquisa ter identificado diversos erros clínicos, observa-se que a maioria dos erros cometidos pelos profissionais ocorre no campo do diagnóstico e no tratamento. Dessa forma, torna-se necessário que os profissionais de saúde compreendam seus limites e apliquem, com discernimento, os protocolos clínicos e de segurança ao paciente, fazendo uso inteligente das tecnologias na saúde.

7.2.2 Erro Cirúrgico e Obstétrico

O Centro Cirúrgico e o Centro Obstétrico são considerados setores hospitalares de alta complexidade devido ao nível de atenção requerido para o atendimento ao paciente ali realizado. Esses setores exigem dos profissionais de saúde uma habilitação técnica adequada, pois eles deverão unir os conhecimentos clínicos ao proceder com as intervenções - seja no âmbito cirúrgico ou obstétrico - necessárias para o respectivo quadro clínico.

Além disso, a operacionalização dos equipamentos e a administração de medicamentos de alto risco evidenciam a necessidade de conhecimentos que vão além das ciências da saúde neste setor.³⁵³

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, através do SUS, implementaram diretrizes e protocolos baseados na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, alinhados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente.³⁵⁴ Entre elas, destacamos a meta 4, que padroniza as ações dos profissionais de saúde nos setores cirúrgicos e obstétricos.³⁵⁵

Na Meta 4, denominada Cirurgia Segura, a ênfase é dada aos altos índices de eventos adversos e erros médicos relacionados aos processos cirúrgicos. Segundo as estimativas da época, as complicações pós-operatórias correspondiam a 25% das internações hospitalares, com uma taxa de mortalidade que variava entre 0,5% e 5%.³⁵⁶

direitos existenciais. 2º Ed. Ed. Appris 2018.

³⁵³ MARTINS, Fabiana Zerbieri ; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2016. Pág 2-5

³⁵⁴ Segundo a OMS, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente são. Meta 1 - identificação do paciente; Meta 2 - Comunicação efetiva; Meta 3 - Uso seguro de medicamentos de alta vigilância; Meta 4 -Cirurgia segura; Meta 5 - Prevenção do risco de infecções e Meta 6 - Prevenção do risco de queda. (OMS 2004).

³⁵⁵ OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas. 2009 Brasília. pp 6-11

³⁵⁶ Ibid. p. 11

Além disso, nos setores cirúrgicos, os princípios de segurança do paciente eram aplicados de maneira inconsistente, o que permitia equívocos entre os profissionais de saúde envolvidos no setor. Sobre isso, as cirurgias ortopédicas eram as principais intervenções cirúrgicas que cometiam erros médicos por equívocos relacionados à lateralidade.³⁵⁷ Antes mesmo dos protocolos mais conhecidos, a Associação Ortopédica Canadense propôs protocolos que coibissem esses erros. Em 1998, em parceria com a Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos, iniciaram uma campanha chamada "Assinale o Local" para determinar assertivamente o membro a ser operado. Mais tarde, a Comissão Conjunta da OMS formulou protocolos internacionais de prevenção do erro de lateralidade.³⁵⁸

Esse método também foi aplicado a outras especialidades, como as neurocirurgias, que demarcavam a vértebra a ser tratada cirurgicamente acompanhadas de imagens radiográficas, evitando os erros médicos nesta especialidade.³⁵⁹ Nas cirurgias gerais com órgãos bilaterais - como rins, pulmão e tubas uterinas - também ocorriam falhas semelhantes. Para isso, foi necessário a adoção de protocolos como a lista de verificação de segurança cirúrgica, visando coibir as falhas de lateralidade, o que contribuiu para a comunicação entre as equipes.

Embora essa lista de verificação não esteja acompanhada de instruções regulatórias detalhadas, é recomendado que sua aplicação seja simples, mas abrangente. Deve-se garantir que todos os pontos cruciais relacionados ao procedimento cirúrgico em questão sejam abordados, promovendo assim a segurança do paciente, sem que a lista se torne exaustiva, o que poderia resultar em prejuízos tanto ao paciente quanto aos profissionais de saúde envolvidos.³⁶⁰

Após a implementação desta lista, tornou-se possível avaliar os aspectos necessários destacados, fornecendo assim uma base sólida para implementar melhorias no bloco cirúrgico. As melhorias focam principalmente nas fases cirúrgicas que compreendem o período anterior à indução anestésica, à incisão cirúrgica e à

³⁵⁷ Erros relacionados à lateralidade estão relacionados a órgãos duplos (olhos, pulmões, rins), membros duplos (pernas e braços) ou ossos em múltiplos níveis (coluna vertebral).

³⁵⁸ CANALE, S Terry.. Wrong-site surgery: a preventable complication. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2005, 433. pp 28-30 .

³⁵⁹ MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha. Checklist de Segurança Cirúrgica da OMS: conhecimento e utilização por ortopedistas brasileiros. *Revista Brasileira de Ortopedia* , v. 6. pp. 554–562

³⁶⁰ OPAS 2009. p. 20.

saída da sala de cirurgia.³⁶¹ Ademais, a lista de verificação tem uma importância especial no Centro Obstétrico, atuando como uma ferramenta crucial para a segurança tanto do recém-nascido quanto da gestante. Para a gestante, a aplicação da lista de segurança visa a abordar dados clínicos relevantes para uma intervenção segura, além de informações obtidas durante o pré-natal.³⁶²

No caso do recém-nascido, a lista não só inclui informações como a hora do nascimento e medidas antropométricas,³⁶³ como peso e altura, mas também visa a abordar aspectos que previnem eventos adversos. Isso inclui a declaração de nascido vivo e características clínicas ou físicas importantes para guiar os cuidados hospitalares.³⁶⁴

Ao analisar o Centro Obstétrico, a pesquisa jurimétrica apontou que os principais EA e EM nesta especialidade superaram os demais em termos de quantidade e indenização devida aos pacientes e seus familiares. Além disso, foi observado que os índices de mortalidade e inabilidade física e intelectual associados a esses eventos foram notavelmente altos, destacando a gravidade das consequências destes eventos no campo da obstetrícia.

Para a OMS, o Dia Mundial da Segurança do Paciente em 2021 teve como tema os cuidados maternos e neonatais, abordando temas que corroboram os resultados encontrados neste trabalho. Conforme os dados apresentados pela OMS, 830 mulheres morrem por dia em todo o mundo por causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto. Enquanto isso, no Brasil, foram registrados 59 óbitos para cada 100.000 partos em 2018, além de o país ser classificado como o 10º no ranking mundial de prematuridade.³⁶⁵

Dessa forma, podemos apontar um termo comumente utilizado nos Centros Obstétricos: a Violência Obstétrica. Esse termo é utilizado para descrever todas as

³⁶¹ MOURA, Maria de Lourdes.DIEGO, Luis Antonio. Cirurgia segura. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, 2019. pp 198-202.

³⁶² PRAXEDES, Adriana de Oliveira, ARRAIS, Luciana ; ARAÚJO, Maria Augusta Azevedo de. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 10, p. 18

³⁶³ A antropometria é a medida das dimensões físicas humanas. Ela inclui peso, circunferência abdominal, altura, Índice de Massa Corporal, percentual de gordura e índice de padrão de crescimento.

³⁶⁴ SOUZA, Rodrigo Tadeu. Documentos médicos Comentados. Ed 1º. São Paulo. 2021 pp 27-28

³⁶⁵ PROQUALIS. Fundação Oswaldo Cruz. Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021 - Cuidados Maternos e Neonatais Seguros. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2021.

ações desumanas que os profissionais de saúde atuantes no setor cometem com as pacientes. Essas ações podem abranger violência verbal, física e até sexual, pela adoção de intervenções ou procedimentos desnecessários ou sem evidências científicas.³⁶⁶

Em decorrência disso, observamos a incidência de EA e EM que se estendem desde o assédio moral com o uso de termos pejorativos à gestante até intervenções precoces ou tardias,³⁶⁷ resultando em consequências tanto à gestante quanto ao recém-nascido.

Ainda sobre os erros no Centro Obstétrico, podemos apontar o erro na administração de medicamentos para contração uterina,³⁶⁸ sangramentos pós-parto ignorados,³⁶⁹ ausência de dados no partograma,³⁷⁰ e até o uso incorreto do fórceps.³⁷¹

Observando pormenorizadamente, notamos que a falha na comunicação entre o profissional de saúde e seus pacientes é a principal raiz dos EA e EM nos Centros Obstétricos.³⁷² Tal falha pode se refletir nas falhas anestésicas, que resultam em eventos adversos por parte do paciente, especialmente quando informações cruciais - como o tempo de jejum - são omitidas.³⁷³

No que tange aos erros médicos, o profissional de anestesia está sujeito a cometer erros relacionados à administração incorreta de medicamentos indutores,³⁷⁴ dosagem inadequada ou falhas nas sequências rápidas de anestesia.³⁷⁵ Além disso, outras situações menos comuns podem ocorrer como os riscos de extubação

³⁶⁶ SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu, Online)*, v. 21, n. 60, p. 209-220.

³⁶⁷ SOUSA, Isabelle Cerqueira. Org. Saúde Coletiva. Face a Face com a interdisciplinaridade. Ed Atena. 2021. pp. 108-109

³⁶⁸ HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, María Aurora. Estimulação do parto com ocitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, e2744, 2016.

³⁶⁹ FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Principais Questões sobre Manejo da Hemorragia no Pós-Parto.

³⁷⁰ SOUZA. 2021. pp.259-263

³⁷¹ CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO. Dossiê da Violência Obstétrica: "Parirás com dor". Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. pp.10- 19.

³⁷² BRANDÃO. Luciano Bueno. A responsabilidade civil do médico no dever de informar. Ed GZ. 2022

³⁷³ GOVÊIA. Catia Sousa. Et e tal. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Complicações e eventos adversos em anestesia. 2020 pp. 49-51

³⁷⁴ São fármacos que, quando administrados por via endovenosa em dose adequada, causam rápida perda de consciência. (ATOTW 2016)

³⁷⁵ A sequência rápida é um método usado para controle rápido da via aérea enquanto minimiza os riscos de regurgitação e aspiração de conteúdo gástrico. (ATOTW 2016)

intraoperatória³⁷⁶ e a punção de acessos venosos fora da anatomia correta,³⁷⁷ que podem afetar a intervenção cirúrgica ou obstétrica, acarretando prejuízos ao paciente e à instituição.

Por fim, ciente de que aqui foram abordados os principais erros em cada segmento, o risco de contaminação pela falha na antisepsia pré-cirúrgica e a lavagem das mãos são, sem dúvida, o principal erro em todas as especialidades. Esse erro de protocolo tem gerado gastos desnecessários de recursos e intervenções médicas, motivados pelo aumento do tempo de internação do paciente.³⁷⁸

Na análise dos erros cirúrgicos e obstétricos, observa-se que muitas falhas têm início anterior ao próprio procedimento, decorrentes de uma comunicação inadequada entre a equipe multiprofissional e o paciente. Tal achado demonstra a necessidade de intensificar a comunicação efetiva no setor da saúde como medida preventiva contra eventos adversos e erros médicos.

7.2.3 Erro Administrativo

No campo do erro administrativo, é necessário ressaltar que os instrumentos de saúde possuem o dever de incolumidade do paciente. Isto é, mesmo que não haja garantias de se alcançar o resultado almejado - como a cura - os instrumentos não podem gerar danos ou agravar o estado de saúde do paciente ou familiar.³⁷⁹ Essa condição é reconhecida pela doutrina como erro extra médico, uma vez que os danos não resultaram de uma ação ou omissão dos profissionais de saúde, mas sim de toda a equipe que atua na gestão do local. Note-se que essa equipe pode atuar em diversos setores dos instrumentos de saúde, como manutenção, hotelaria, logística, área administrativa e gestão.³⁸⁰

Nesta pesquisa jurimétrica, podemos apontar os principais erros administrativos ou extra médicos, sendo eles: infecções hospitalares, quedas dos

³⁷⁶ PAVÃO. Ana Luiza Braz e et tal. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Eventos adversos em anestesiologia: análise por meio da ferramenta Logbook usada por médicos em especialização no Brasil. Volume 69, Issue 5, September–October 2019. pp. 461-468

³⁷⁷ GOVEIA 2020. p. 135

³⁷⁸ OPAS 2009. p. 6

³⁷⁹ KFOURI NETO. 2021. p. 202-205

³⁸⁰ Ibid. p. 204

pacientes internados, e lesões decorrentes da utilização de algum equipamento no interior do hospital. Durante a pesquisa, foi possível encontrar outras falhas relacionadas à má administração do estoque de medicamentos, bem como falhas logísticas e a liberação equivocada de corpos - sendo esta última um resultado da falha de comunicação, já desenvolvida anteriormente.

Sobre essa questão, convém citar que os dados coletados foram incorporados aos resultados da pesquisa, uma vez que os gastos com indenizações impactaram a gestão da organização, e, além disso, tais eventos causam danos físicos e psicológicos aos pacientes e familiares.

As indenizações foram possíveis devido à responsabilidade dos hospitais, a qual é considerada pelo Código de Defesa do Consumidor como objetiva. Ou seja, é dever do instrumento de saúde indenizar o paciente pelos danos independentemente de culpa ou dolo. Este estudo versará sobre a responsabilidade do estado no capítulo subsequente.

De fato, a abordagem sucinta dos erros administrativos ou extra médicos foi necessária devido à relevante importância de se atentar a todos os profissionais envolvidos na atenção e no zelo pela segurança dos pacientes e familiares. Tal atenção alcança também os profissionais de saúde, uma vez que os aspectos administrativos influenciam a assistência e, similarmente, os eventos adversos e erros médicos afetam negativamente a gestão.

7.3 A neurociência do erro e a Teoria da Segunda e da Terceira Vítima

As descobertas recentes na neurociência têm desvendado a complexa relação entre os fenômenos da mente e o processo de tomada de decisões. Entre essas pesquisas, encontramos os vieses cognitivos que podem moldar o comportamento humano e instigar a tomada de decisões precipitadas com base em diversos fatores biológicos, sociais e morais.³⁸¹

Para os profissionais de saúde, a atenção dada aos vieses cognitivos deve ser redobrada, pois, diante de um paciente, todas as condutas tomadas poderão

³⁸¹ BUTIERRES, Maria; PHILIPPSEN, Eduardo. O viés retrospectivo e seus reflexos na tomada de decisão judicial. In: MUA, Cíntia; SILVA, Ângelo; CARDOSO, Renato (Orgs.). Neurociências aplicadas ao Direito. 1. ed. [s.l.]: Editora Fundação Fênix, 2022, pp. 117–143.

beneficiar fortemente a saúde deste paciente ou danificá-la irreparavelmente. Tendo isso em vista, faz-se necessário compreender que os vieses cognitivos - tendências a pensar de certa maneira, o que pode desviar a lógica ou a análise imparcial - representam falhas na maneira como processamos informações e tomamos decisões. Tais vieses têm sido identificados em pesquisas como fatores contribuintes para erros clínicos e cirúrgicos, pois podem levar os profissionais de saúde a cometerem erros de julgamento ou agir precipitadamente em situações críticas.³⁸²

Portanto, o olhar apurado aos sinais e sintomas do paciente é crucial para evitar o erro de diagnóstico, foco primordial deste estudo. Torna-se imperativo, pois, que os profissionais de saúde reconheçam sua vulnerabilidade a vieses cognitivos que possam afetar - negativamente - a precisão de suas condutas, e que estejam atentos ao paciente de forma holística.^{383 384}

Entre os vieses mais comuns, podemos citar o viés de confirmação, que é descrito como a tendência de favorecer informações que confirmam as crenças existentes e de ignorar evidências que contradizem tais visões. E esse viés, somado à heurística da disponibilidade, induz o profissional de saúde a superestimar a probabilidade de quadros facilmente lembrados, levando-o a crer que aquele paciente possui uma patologia segundo seu entendimento, dispensando uma propedêutica.³⁸⁵

Outro viés que compromete o profissional de saúde está relacionado ao viés da ancoragem, que induz o profissional a fixar o mesmo tratamento a todos os casos semelhantes - sendo instigado pelo viés da representatividade, que se baseia nos estereótipos dos pacientes que buscam um determinado tratamento.³⁸⁶ O resultado disso é a conduta medicamentosa adotada a todos os pacientes de forma indiscriminada, negligenciando as condições clínicas individuais.

Portanto, neste cenário, o paciente pode vir a ser vítima de EA ou EM da

³⁸² BAZ, Luiza Sampaio Alonso. Vieses cognitivos e decisão médica a interferência da heurística de semelhança no raciocínio clínico. 2023. p.14

³⁸³ CROSKERRY, Pat; SINGHAL, Geeta; MAMEDE, Sílvia. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Quality & Safety*, v. 22, n. Suppl 2, p. ii58–ii64, 2013. pp. 60-61

³⁸⁴ Uma abordagem holística envolve considerar não apenas os sintomas físicos do paciente, mas também fatores psicológicos, sociais e ambientais que podem impactar sua saúde e bem-estar.

³⁸⁵ GARCIA, Leandro Diniz e. Efeito da ferramenta cognitiva slow como estratégia para reduzir viés de confirmação diagnóstica em estudantes de medicina. 2022

³⁸⁶ NASCIMENTO, Milena Christine Krol Do; LOCASTRE, Erich Giuliano; COSTA, Mário Augusto Cray Da; et al. Raciocínio clínico: Passo a passo para iniciar o diagnóstico. 1. ed.: Seven Editora, 2023.

mesma forma que o profissional de saúde, uma vez que o profissional reconhecidamente torna-se a segunda vítima de tais vieses cognitivos e suas consequências indesejadas e involuntárias.

Para a Teoria da Segunda Vítima, o profissional de saúde e seus familiares estarão sujeitos a abalos emocionais que podem escalar para reações como culpa, ansiedade, tristeza, insatisfação e estresse traumático secundário. A teoria afirma também que o profissional e seus familiares estarão sujeitos a abalos financeiros, considerando a possibilidade de desemprego, e também danos psicológicos, como a depressão e/ou pensamentos suicidas.³⁸⁷

A Teoria da Segunda Vítima sustenta-se pela cultura punitiva dos instrumentos de saúde. A falta de acolhimento deste profissional, somado ao afastamento de seus colegas, induz o profissional ao isolamento e/ou remanejamento de área, inserindo-o em áreas com a qual possui pouca afinidade. Em última análise, este profissional pode vir a desejar um pedido de demissão.³⁸⁸

Reconhecendo a gravidade desse problema, a Joint Commission International recomendou protocolos que apoiam as segundas vítimas dos EA e dos EM. Essas recomendações incluem o desenvolvimento de uma cultura de aprendizado com adversidades, comunicação das lições aprendidas, e estabelecimento de programas de apoio às segundas vítimas.³⁸⁹ Entretanto, a resistência dos gestores de saúde é uma das principais barreiras para a criação de uma cultura eficaz de apoio às segundas vítimas. Frequentemente, os valores e o propósito desses programas não são claramente compreendidos, e, como resultado da falta de apoio, esses profissionais são estigmatizados.

Com efeito, muitos gestores falham em reconhecer que eles também se tornam vítimas do EA e do EM, sendo categorizados como a 'terceira vítima', de acordo com um estudo que desenvolve a Teoria da Terceira Vítima. Este estudo defende que os instrumentos de saúde sofrem em termos financeiros, reputacionais e de imagem. Além disso, o impacto na instituição alcança os colaboradores que atuam na segurança dos pacientes e nos setores de qualidade, invalidando todo

³⁸⁷ TARTAGLIA, Alessandro; MATOS, Marcos Antonio Almeida. Second victim: after all, what is this? Einstein (São Paulo), v. 18, p. eED5619, 2020. p.18

³⁸⁸ BOHOMOL, Elena. Além da segurança do paciente, a segurança dos profissionais. Acta Paul Enferm., v. 32, n. 5, p. vi-viii, dez. 2019

³⁸⁹ THE JOINT COMMISSION, Division of Healthcare Improvement. Supporting second victims. Quick Safety; 2018.

esforço empregado para evitar esses eventos.³⁹⁰

Consequentemente, os instrumentos de saúde poderão enfrentar processos legais, investigações regulatórias, e danos significativos à sua credibilidade. Consequentemente, isso poderá acarretar importantes crises administrativas, como o encerramento de contratos, e financeiras, devido ao pagamento de indenizações e perda de receita.

Em suma, é importante que os profissionais de saúde adotem medidas preventivas, que sejam cautelosos, e que tomem precauções a fim de reduzir o risco de eventos adversos e erros médicos. Neste cenário, a busca constante por melhorias e atualizações profissionais é necessária, principalmente em decorrência das contínuas inovações tecnológicas na área da saúde.

Cabe, então, aos instrumentos de saúde promover uma gestão dos recursos públicos de forma eficaz, oferecendo condições e instrumentos para as atividades essenciais dos profissionais que conduzem a saúde brasileira.

8. RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS EVENTOS ADVERSOS E DO ERRO MÉDICO

O comprometimento dos profissionais de saúde, aliado à humanização nas condutas que oferecem aos seus pacientes, tornou-se crucial na melhoria da saúde e do bem-estar dos usuários do sistema público de saúde. Esse compromisso reflete-se de forma notória na qualidade de vida e na longevidade dos pacientes que buscam no Sistema Único de Saúde a atenção às suas necessidades.

Ainda que questões políticas e orçamentárias influenciem sua atuação, os profissionais de saúde têm a missão de oferecer a melhor assistência possível dentro das limitações encontradas. É neste cenário que as equipes multiprofissionais de saúde aplicam seus conhecimentos técnico-científicos, buscando resultados positivos para os pacientes. No entanto, como mencionado, as ciências da saúde não produzem resultados exatos, pois as variações clínicas se manifestam de diversas maneiras, e, apoiadas nas respostas individuais, podem gerar resultados

³⁹⁰ IBSP. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. Terceira vítima: quem trabalha com qualidade e segurança também sofre danos? 2019. São Paulo.

indesejados aos pacientes.

Ciente disso, torna-se evidente que os profissionais de saúde desempenham uma função essencialmente intermediária, pois não conseguem prever com certeza os resultados de suas intervenções. Portanto, eles são compelidos a utilizar todas as ferramentas tecnológicas e conhecimentos científicos disponíveis para buscar a melhor solução.

Porém, mesmo com todo o aparato e apoio técnico-científico, é possível que ocorram eventos adversos e erros médicos que gerem resultados prejudiciais aos pacientes. Esses desfechos negativos impactam tanto os pacientes quanto os profissionais envolvidos - além das organizações - incumbindo os últimos da responsabilidade e do dever de reparar os danos causados, conforme prevê a legislação brasileira.

Nesse contexto, o ordenamento jurídico prevê fatores que estabelecem os limites da responsabilidade das organizações e dos profissionais de saúde em suas atividades, considerando os riscos inerentes à profissão, bem como o dever de indenizar - seja pelo Estado ou pelo profissional envolvido - quando for demonstrada culpa no resultado prejudicial ao paciente e a seus familiares.

8.1 Responsabilidade dos Profissionais de Saúde, do Estado e da Teoria do Risco

É necessário analisar os eventos adversos e os erros médicos sob a luz da responsabilidade civil para entender se os resultados negativos são ou não de responsabilidade dos profissionais de saúde e, assim, determinar se há indenizações cabíveis diante da complexidade e extensão do dano.

Para abordar essa questão, o Poder Legislativo estabeleceu a responsabilização por atos comissivos e omissivos por parte dos profissionais de saúde, mediante uma decisão legal.³⁹¹ Assim, deparamo-nos com a natureza indenizatória dessa medida, que visa a compensar e reparar o paciente ou seus

³⁹¹ BRASIL. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

familiares pelos prejuízos sofridos.³⁹²

Contudo, para estabelecer a responsabilidade civil no contexto do erro médico, é necessário que se realize uma análise doutrinária cuidadosa e que se verifique a existência de três elementos fundamentais: a conduta culposa por parte do profissional de saúde; a ocorrência de danos ao paciente; e a comprovação do nexo de causalidade entre a conduta e os danos sofridos.³⁹³

Portanto, a responsabilização do profissional de saúde é sustentada pela subjetividade,³⁹⁴ o que necessita de comprovação das condutas negligentes, imperitas ou imprudentes por parte do profissional envolvido.³⁹⁵

Na negligência, o profissional de saúde não adota as condutas adequadas para determinado procedimento, sendo considerado falta de cuidado ou desleixo, desatenção ou desinteresse na atividade que se propôs a fazer na atenção da saúde do paciente, direta ou indiretamente.³⁹⁶

Na imprudência, por outro lado, o profissional de saúde não cumpre o dever de cautela na adoção de práticas ou procedimentos, tendo como características a falta de moderação, insensatez ou despreparo na tomada de decisões diante da conduta.³⁹⁷

A imperícia, por sua vez, é caracterizada pelos atos do profissional de saúde diante de ações sem a capacidade técnica ou habilidade necessárias para realizar certos cuidados ao paciente.³⁹⁸

O dano ao paciente pode ser caracterizado como a diminuição ou subtração de um bem jurídico, ou que se relacione à própria personalidade da vítima, como um dano físico, psicológico, emocional, social e até mesmo financeiro. O dano pode manifestar-se de diferentes formas, como lesões físicas, complicações, sequelas permanentes, sofrimento emocional, perda da qualidade de vida, gastos adicionais

³⁹² BRASIL. Lei n.º 10.406/2002. Art. 927. Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. (...)

³⁹³ KFOURI NETO. p. 85.

³⁹⁴ BRASIL. Lei n.º 10.406/2002. Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

³⁹⁵ ALVIN, p. 286.

³⁹⁶ VELOSO DE FRANÇA, Genival. Direito Médico. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. pp. 243-245

³⁹⁷ KFOURI NETO. pp. 108-110

³⁹⁸ Ibid. pp.110-112

com tratamentos de saúde, entre outros.³⁹⁹

E, para comprovar o nexo de causalidade, o paciente deverá apresentar diferentes elementos de prova como documentos médicos, laudos periciais, depoimentos de testemunhas⁴⁰⁰ e até mesmo relatos do próprio paciente que demonstrem a ligação do dano à conduta negligente do profissional de saúde. Entre os documentos médicos mencionados estão o prontuário médico - ou prontuário do paciente⁴⁰¹ - resultados de exames e seus respectivos laudos, e o receituário e relatórios médicos e da equipe multiprofissional. Tais documentos podem ser apresentados desde que contenham informações relevantes e que corroboram o que foi alegado.⁴⁰²

Por fim, comprovada a existência dos três elementos, o profissional de saúde poderá ser condenado ao pagamento de indenização por danos materiais e morais causados ao paciente, ressaltando que a condenação ou absolvição na esfera civil⁴⁰³ não impede a análise da responsabilidade criminal.⁴⁰⁴

Ainda que o foco seja entender a atribuição de responsabilidade por falhas no contexto civil, é importante salientar que a compensação nesse âmbito visa a abranger todos os prejuízos. Isso inclui o potencial lucro perdido durante um tratamento médico, bem como gastos com funerais, procedimentos corretivos, insumos e tecnologias.⁴⁰⁵

No Sistema Único de Saúde, o Estado se responsabiliza por indenizar os pacientes pelos atos cometidos por terceiros em seu nome. A doutrina classifica essa responsabilidade como Teoria do Risco Administrativo, pautando-se pelo dispositivo constitucional que determina tal responsabilização.⁴⁰⁶

³⁹⁹ VELOSO, Genival de França. Medicina Legal. 2017. Ed Gen.2017. pp.1419-1423

⁴⁰⁰ Doutrinadores entendem que a prova documental é uma prova mais sólida para comprovar o erro médico ao passo que a prova testemunhal é passível de dúvidas para a comprovação do dano. (VELOSO. Medicina Legal. Pág. 180)

⁴⁰¹ VELOSO. Direito Médico. pp. 38-39

⁴⁰² SOUZA. Rodrigo Tadeu de Puy e, Documentos médicos comentados. Ed Lujur. 2021. pp.145- 150

⁴⁰³ BRASIL. Lei 10.406/2002. Art. 935. A responsabilidade civil é independente da criminal, não se podendo questionar mais sobre a existência do fato, ou sobre quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no juízo criminal.

⁴⁰⁴ BRASIL. Decreto Lei nº 3.689 de 3 de outubro de 1941. Art. 66. Não obstante a sentença absolutória no juízo criminal, a ação civil poderá ser proposta quando não tiver sido, categoricamente, reconhecida a inexistência material do fato.

⁴⁰⁵ KFOURI NETO. pp. 156-157

⁴⁰⁶ BRASIL. Constituição (1988). 37,§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

A doutrina afirma ainda que Teoria do Risco Administrativo - uma derivação da Teoria do Risco⁴⁰⁷ - responsabiliza o Estado pelos erros e eventos adversos ocorridos nos instrumentos de saúde sob sua responsabilidade ou destinados a terceiros. Neste caso, as OSCs figuram como terceiros, atuando em prol do Estado na atenção à saúde, e possuem responsabilidade primária sobre os eventos culposos ou dolosos ocorridos por atos dos profissionais de saúde.⁴⁰⁸

Convém destacar que a responsabilização só é estabelecida quando se comprova culpa ou dolo em relação ao dano causado aos usuários do SUS.⁴⁰⁹ Para tanto, é crucial demonstrar explicitamente a conduta por ação ou omissão, o dano resultante e o nexo causal nos atos coletivos pelos profissionais de saúde.⁴¹⁰

Dessa forma, nos instrumentos firmados entre as Organizações da Sociedade Civil e a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, há dispositivos que determinam a responsabilidade civil ou penal por parte da OSC e dos profissionais que ali atuam.⁴¹¹ Com isso, cabe às organizações o pagamento de indenização da sentença condenatória por erro médico, sendo o Estado um responsável subsidiário e eventual.

E é neste momento que os recursos destinados à prestação dos serviços de saúde são afetados. Embora as indenizações no Brasil possuam caráter compensatório e punitivo, destinados a remediar os danos sofridos pelos pacientes ou seus familiares, essa compensação deve ser proporcional e não resultar em enriquecimento sem causa, o que violaria o princípio legal brasileiro⁴¹² e desvirtuaria o propósito da indenização.

8.2 Indenizações e reparações na saúde

A indenização só se justifica na presença de um dano ao paciente, apesar dos

⁴⁰⁷ A Teoria do Risco defende que aquele que realiza um ato prejudicial tem o dever de reparar as consequências desse ato., ainda que tenha a probabilidade do dano. (FRANÇA, 2009)

⁴⁰⁸ DI PIETRO. pp. 1875-1879

⁴⁰⁹ BRASIL. Lei 10.406/2002. Art. 945. Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano.

⁴¹⁰ BENE. Karine Camargo. Responsabilidade Civil do Estado por Erro Médico. 2019. pp.1-6

⁴¹¹ SÃO PAULO. (Município). Contrato de Gestão n° R10/2015. Casa de Saúde Santa Marcelina. Cláusula n° 4.2.7 A CONTRATADA responsabilizar-se-á, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes da execução deste contrato.

⁴¹² BRASIL. Lei n.º 10.406/02. Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.

riscos inerentes à atuação dos profissionais de saúde. Nesse contexto, os instrumentos de saúde em colaboração com o Estado têm a responsabilidade primária de prevenir danos. No entanto, uma vez comprovado o dano, emerge o dever de reparação. Com isso, a essência da responsabilidade civil no âmbito da saúde visa não apenas à prevenção, mas também à justa reparação em situações em que o dano ao paciente é comprovado.

Para isso o Código Civil Brasileiro apregoa em seu artigo 944 a indenização na medida da extensão do dano sofrido pelo paciente, cabendo a cumulação conforme entendimento jurisprudencial.⁴¹³ O Supremo Tribunal de Justiça entende os danos morais, materiais e estéticos como valores autônomos. Ainda que derivados de um fato, são passíveis de uma apuração individualizada, permitindo sua cumulação no ato de ressarcimento.⁴¹⁴

Nos danos morais, a indenização busca um ressarcimento impossível, já que o dano tem caráter imaterial - como a violação à honra - e afeta emocional e psicologicamente o paciente.⁴¹⁵ Dessa forma, a indenização pleiteada neste caso visa a compensar o sofrimento do paciente ocasionado pelo profissional de saúde.

Vale destacar que, os erros de laboratório, decorrentes de falhas nos resultados, geram dano ao paciente de natureza moral, física e psicológica. Por consequência, a indenização é justificada pela extensão da sua responsabilidade devido a sua atividade fim, que tem a obrigação de garantir a precisão dos resultados.⁴¹⁶

Para a doutrina mais conservadora, a indenização por dano moral possui caráter compensatório ao paciente e inibitório ao profissional que cometeu o erro. Com isso, o paciente conseguiria, ainda que minimamente, restabelecer sua vida após aquele fato lesivo. O profissional, por sua vez, se conscientizaria pela ação ou omissão cometida.⁴¹⁷

À indenização por dano material cabem duas maneiras de reparação. A primeira se dá na reposição natural do estado *quo ante*,⁴¹⁸ em que o paciente é

⁴¹³ BRASIL. Lei n.º 10.406/02. Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.

⁴¹⁴ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Súmula 387. É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral.

⁴¹⁵ KFOURI NETO. pp.159-161

⁴¹⁶ MATIAS, Juliana. Laboratório é condenado por errar exame e não avisar. Consultor Jurídico. 2021

⁴¹⁷ COSTA. Judith Martins. Dano moral à Brasileira. Ed Instituto de Direito Brasileiro. 2014. pp.7077

⁴¹⁸ GONÇALVES. Carlos Roberto. Direito Civil. p. 561

reparado conforme o dano causado; e a segunda é a prestação pecuniária.⁴¹⁹ A título de exemplo, é fato que na saúde a reposição de um membro amputado equivocadamente seja impossível, cabe, portanto, nesta situação, a indenização mediante pecúnia. Ademais, o dano material não precisa atingir o patrimônio do paciente e de seus familiares naquele momento, mas há a possibilidade que este seja atingido no futuro, como nos casos de perda de renda pela morte do provedor do sustento daquela família.

Para isso, a doutrina subdivide os danos entre uma divisão de danos emergentes e outra de lucros cessantes. Nos danos emergentes é comprovada a imediata perda de recursos, ao passo que, nos lucros cessantes, o erro médico compromete os recursos daquele paciente ou familiar num futuro indeterminado.⁴²⁰ Para isso, em alguns casos encontrados neste estudo, o Poder Judiciário posicionou-se a favor de pedidos de pensionamento para famílias que perderam seus provedores.⁴²¹

A compreensão do dano estético, por sua vez, deve comprovar a alteração morfológica do paciente, como a perda de um membro, cicatriz ou alteração corporal que cause constrangimento ou repulsa social.⁴²² No ordenamento jurídico brasileiro, o dano estético é um dano autônomo, e, como mencionado, cabe a cumulação com os danos morais ou materiais na decisão judicial.

Para este estudo, faz-se necessário compreender o dano estético como resultado de um ato de meio. Ele se difere do resultado cujo procedimento tem um objetivo embelezador.⁴²³

No dano estético resultante de um ato meio, a doutrina compreende a necessidade de observar o caso concreto para firmar uma indenização. Considerando que em grande parte dos casos o dano estético no paciente decorre de uma intervenção de urgência ou emergência - e sua consequência seria inevitável - tal dano pode ser caracterizado como um evento adverso.⁴²⁴

Portanto, para se determinar um dano estético, deve-se considerar a extensão

⁴¹⁹ Ibid. p.346

⁴²⁰ ALVIM p.288

⁴²¹ KFOURI NETO. pp.185-192

⁴²² VELOSO. Medicina Legal. pp. 503-507

⁴²³ VELOSO.Direito médico. p.313

⁴²⁴ Ibid. pp.316-318

da lesão, a idade do paciente, sua profissão e fatores que causem prejuízo ao mesmo, além dos critérios subjetivos dos eventos adversos e do erro médico.

Em suma, a responsabilidade de indenizar fica a cargo da OSC diante da sentença. Essa indenização, inclusive, poderá ser reembolsada pelo profissional que gerou tal erro com uma ação de regresso por parte da organização ou pelo Estado. Dessa forma, alguns profissionais de saúde ou OSC possuem um Seguro Responsabilidade Civil, que visa à reparação ou o pagamento das indenizações por erro médico culposos.⁴²⁵

Neste estudo, ficou evidente a transmissão do pagamento de indenização por morte do paciente aos seus herdeiros, incluindo o pagamento de pensão. Esse pagamento fica a cargo do município de São Paulo, uma vez que a validade da parceria entre a OSC e o Município tem prazo determinado.^{426 427}

Dessa forma, a indenização pecuniária em situações de erros médicos ou eventos adversos torna-se um instrumento jurídico para viabilizar uma reparação aos pacientes e seus familiares, tornando consenso no meio jurídico que nenhum montante financeiro poderia ressarcir as perdas ou o comprometimento da saúde - ou da vida - contudo, a indenização se propõe, na esfera legal, a proporcionar um suporte financeiro e um senso de justiça.

8.3 Da responsabilidade penal, administrativa e processos éticos

As consequências do evento adverso e do erro médico são extensíveis a outras esferas, como a responsabilidade penal, administrativa, e nos conselhos de ética profissional, incorrendo somente a este profissional de saúde a responsabilidade de defender-se e reparar os danos conforme as decisões em cada esfera, uma vez que são independentes entre si.⁴²⁸

No âmbito penal, o profissional de saúde pode ser responsabilizado por suas

⁴²⁵ KFOURI NETO. pp. 24-27

⁴²⁶ SÃO PAULO. (Município). Contrato de Gestão nº 15/2009. Casa de Saúde Santa Marcelina. Cláusula nº 6. O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de 03(três) anos, a partir da data de assinatura, podendo ser renovado após a comprovação da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

⁴²⁷ SÃO PAULO. (Município). Convênio nº 12/2016. Associação Cruz Azul de São Paulo. Cláusula nº 8. A presente PARCERIA é celebrada pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura deste termo, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses, se houver interesse das partes envolvidas.

⁴²⁸ VELOSO. Direito Médico. p.258

ações ou omissões, que podem ser categorizadas como dolosas, quando há intenção de causar determinado resultado, ou culposas, caracterizadas por negligência, imprudência ou imperícia. Em casos culposos, como abordado na responsabilidade civil, os profissionais de saúde desconsideram protocolos, agem sem conhecimento prévio, ou omitem uma conduta diante do quadro do paciente.⁴²⁹

No dolo, o profissional de saúde tem consciência dos atos e condutas, e age por vontade própria, colocando o paciente em risco e prevendo, intencionalmente, o resultado. Neste caso, a aplicação da responsabilidade penal envolve os mesmos requisitos básicos da responsabilização civil, que são: a ação ou omissão, o dano, e o nexo causal.⁴³⁰ No entanto, a responsabilidade penal requer adicionalmente a tipificação legal do ato cometido, conforme definido na legislação penal.

As ações e omissões acontecem principalmente na recusa da conduta necessária para resguardar o paciente, protelando a atenção necessária para aquele momento - como uma intervenção cirúrgica e obstétrica - seja por desleixo ou descaso. Esse ato profissional deverá gerar alguma lesão, que é outro requisito para a responsabilização penal. Tal lesão poderá ser física ou psicológica, cabendo ao paciente e a seus familiares comprovarem o dano.

Dessa forma, a comprovação do dano deverá compor o nexo de causalidade, a qual o paciente realizará por meio provas técnicas e laudos periciais fornecidos por especialistas.⁴³¹ No caso do município de São Paulo, laudos periciais são fornecidos pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo,⁴³² e possuem importância fundamental para a responsabilização penal, além de documentos médicos, como prontuários, relatórios e relatos de testemunhas.

Por fim, dever-se-á comprovar previsão legal do ato doloso ou culposos daquele profissional segundo o ordenamento jurídico brasileiro. Essa previsão

⁴²⁹ BRASIL. Lei n.º 2.848 7 de dezembro de 1940. Art. 18 - Diz-se o crime: Crime doloso I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo; Crime culposos II - culposos, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Parágrafo único - Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente. Agravação pelo resultado Art. 19 - Pelo resultado que agrava especialmente a pena, só responde o agente que o houver causado ao menos culposamente.

⁴³⁰ GONÇALVES. p. 158

⁴³¹ SOUZA. Rodrigo Tadeu de Puy e, Documentos médicos comentados. Ed Lujur. 2021 pp.185- 187

⁴³² Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo é uma autarquia vinculada à Secretaria da Justiça e Cidadania do Governo do Estado de São Paulo e tem como missão realizar perícias de Medicina Legal e de Investigação de Vínculo Genético para autoridades competentes do Estado de São Paulo, produzindo e difundindo conhecimento na sua área de atuação.

deverá comprovar o princípio da legalidade, conforme previsto no artigo 5º da Constituição Federal.⁴³³ Portanto, é importante ressaltar que a tipificação penal deve ser realizada de forma precisa e adequada, considerando todas as provas que resultaram no dano, à luz do código penal, a fim de interpretar o ato através do princípio da legalidade e da culpabilidade.⁴³⁴

Na esfera penal, o profissional de saúde responderá criminalmente⁴³⁵ pelos atos cometidos, cabendo a ele as penas previstas no Código Penal.⁴³⁶ Porém, o cumprimento desta pena não o isenta de responder por seus atos nas esferas cíveis ou éticas.

No âmbito da ética profissional, as maiores e principais profissões ligadas à saúde possuem um conselho de classe que regula e representa as atividades profissionais conforme suas competências técnicas. Entre elas, destacamos o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem.

Esses conselhos, assim como outros, contam com câmaras arbitrais que processam e julgam as reclamações dos atos cometidos por seus inscritos. Suas decisões administrativas e éticas têm como fundamento documentos próprios do conselho, como o Código de Ética Médica⁴³⁷ ou de Enfermagem,⁴³⁸ além de regulamentos, pareceres e resoluções que normatizam as atividades na saúde.

Embora suas decisões tenham natureza personalíssima, não podem ser utilizadas para influenciar a decisão em outras esferas, permitindo que estas possam prosseguir paralelamente. Nas decisões condenatórias, esses conselhos aplicam advertências profissionais em aviso reservado, censura confidencial ou pública,

⁴³³ BRASIL. Constituição (1988). Art 5º (...) XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal; (...).

⁴³⁴ NUCCI. Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal. Ed 10ª Ed Gen. Pág 62-64

⁴³⁵ Na doutrina de Tibério Deciano o crime é definido como fato humano proibido por lei, sob ameaça de pena, para o qual não se apresentava justa causa para a escusa.

⁴³⁶ BRASIL. Lei n.º 2.848/40 Art. 32 - As penas são: I - privativas de liberdade; II - restritivas de direitos; III - de multa.

⁴³⁷ CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 2.306/2022. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs).

⁴³⁸ COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

suspensão, e cassação do exercício profissional.^{439 440}

Portanto, é imprescindível que os requisitos para responsabilização - seja ela civil, penal ou ética - sejam atendidos, proporcionando assim que os envolvidos tenham a oportunidade de apresentar contraditório e exercer a ampla defesa. Dessa maneira, é possível respaldar os profissionais comprometidos com o bem-estar da sociedade e repreender os que agem de maneira inadequada.⁴⁴¹

No entanto, a relevância do devido processo legal brasileiro permite que as classes de profissionais questionem a nomenclatura atual referente aos eventos adversos e erros médicos. Conforme analisado, ambas as categorizações indicam um resultado danoso ao paciente, mas se diferenciam no aspecto da conduta do profissional.⁴⁴²

Assim, podemos observar a atuação dos profissionais nos serviços públicos de saúde do município de São Paulo sob uma ótica abrangente, de modo que entender a raiz do impacto causado pelos eventos adversos e erros médicos pode auxiliar na sua evitação, e, conseqüentemente, na melhor alocação dos recursos públicos destinados à saúde.

9. RESULTADOS DO ERRO MÉDICO NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A parceria do município de São Paulo com as Organizações da Sociedade Civil apresentou uma relevante oportunidade para a gestão da saúde no cumprimento de seu dever de atender às demandas da área, sendo pioneira em eficiência e qualidade em equipamentos de saúde geridos pelas instituições.

⁴³⁹ BRASIL. Lei n.º 3.268, de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Art. 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes: a) advertência confidencial em aviso reservado; b) censura confidencial em aviso reservado; c) censura pública em publicação oficial; d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.(...)

⁴⁴⁰ COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 564/2017. Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes: I – Advertência verbal; II – Multa; III – Censura; IV – Suspensão do Exercício Profissional; V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

⁴⁴¹ BRASIL. Constituição (1988). Art. 5º LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;

⁴⁴² CBC. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Cirurgiões pedem revisão do conceito de erro médico em ações de indenização. Brasília 2023.

Neste estudo, compreendemos a importância da saúde e do Sistema Único de Saúde para os brasileiros e, além disso, entendemos as necessidades dos gestores de saúde na administração dos recursos destinados à área. Também compreendemos o desafio que as OSCs têm ao cumprir os interesses do Poder Público e a atuação dos profissionais de saúde na prestação de assistência com excelência.

Porém, como em qualquer ramo de prestação de serviços, os profissionais de saúde enfrentam os desafios da profissão, e, quando erram, causam impactos emblemáticos para o paciente. Além disso, acarretam consequências para a gestão das OSCs, o que, por sua vez, impacta na própria gestão dos recursos recebidos, gerando, muitas vezes, um efeito em cadeia. Baseado na análise interdisciplinar e utilizando conhecimentos Jurídicos e da Saúde, esta pesquisa aponta os impactos negativos da atuação dos profissionais de saúde na gestão das OSCs.

Entre os pontos destacados estão a incidência de erros e os principais atos geradores de indenizações, além do fenômeno da judicialização da saúde devido ao erro de diagnóstico e à ausência de recursos - sejam financeiros, humanos ou de tecnologia.

Também foram analisadas as características dos pacientes, seu comportamento e sua participação na atenção à saúde, como atos de abandono, compreensão e intervenção cirúrgica por falta de informações.

Consequentemente, entre os resultados da pesquisa jurimétrica, encontramos o impacto e o comprometimento que os erros cometidos causaram na gestão dos recursos destinados à atenção à saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, além das demais consequências, evidenciados nos resultados deste estudo.

9.1 Da pesquisa jurimétrica

O advogado e juiz da Suprema Corte de Minnesota, o americano Lee Loevinger, instituiu a metodologia de pesquisa semelhante à econometria, empregando termos e questões jurídicas inspiradas na sua atuação como

procurador da divisão antitruste,⁴⁴³ que trouxe métodos probabilísticos, formulação e complicação de cálculos baseados em dados encontrados.

Para a concepção da pesquisa jurimétrica, foram considerados três pilares operacionais, sendo eles: questões jurídicas, resultados estatísticos e leituras computacionais, formados pelo viés estatístico. Esse raciocínio baseado em dados é utilizado para a produção de teses e estratégias jurídicas argumentativas, além de permitir que, através dos resultados jurimétricos, pesquisadores repliquem os resultados, analisando e testando suas teorias.

Neste estudo, a jurimetria serviu de amparo para apontar a tese das hipóteses estabelecidas no projeto de pesquisa, dentre as quais destacamos os impactos financeiros, contratuais e de gestão, temas que iniciamos enviesadamente. No decorrer da leitura dos dados, estendemos os impactos encontrados - ao encontrar resultados secundários - que se tornam importantes para a pesquisa, observando também as consequências desses impactos.

Ainda no que tange ao método, o termo jurimetria foca na interdisciplinaridade dos conhecimentos, unindo a área da Ciência de Dados, Estatísticas e Direito - o que se difere da jurisprudência⁴⁴⁴ - analisando somente os números, ações, pecúnias, somas e resultados, e apontando um comportamento retroativo dos profissionais de saúde e como eles influenciaram as OSCs.⁴⁴⁵

9.1.1 Metodologia

O presente estudo considerou os eventos adversos e erros médicos cometidos pelos profissionais de saúde entre os anos de 2017 a 2022, baseando-se na pesquisa quantitativa retrospectiva, com dados extraídos do banco de sentenças do Tribunal de Justiça de São Paulo.⁴⁴⁶ Complementarmente, foram levantados

⁴⁴³ O termo antitruste faz referência à lei americana que regulamenta as concorrências, combinações monopolísticas nas empresas presentes nos Estados Unidos. (AMATO, 1997)

⁴⁴⁴ A Jurisprudência é um termo jurídico que apresenta o conjunto das decisões, aplicações e interpretações das leis, entendidas pelas decisões isoladas dos tribunais, pelo conjunto de decisões reiteradas dos tribunais e pelas orientações resultantes dos conjuntos de decisões da matéria.

⁴⁴⁵ NUNES, Marcelo Guedes. Jurimetria: como a estatística pode reinventar o direito. 1 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018. p. 9.

⁴⁴⁶ TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tribunal de Justiça de São Paulo. Consulta de Julgamentos de 1º e de 2º Grau. Portal Eletrônico <https://esaj.tjsp.jus.br/cjpg/>.

dados de Acórdãos proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça,⁴⁴⁷ limitando-se a este nível de jurisdição, como podemos observar no gráfico 2.

Dessa forma, todas particularidades relacionadas ao profissional de saúde e ao paciente foram ignoradas, contudo, dados financeiros e de gestão dos recursos públicos das organizações foram utilizados para fins de investigação, por sua vez orientados pela busca dos resultados e examinadas na ótica do tema proposto.

Para isso, fez-se necessário a utilização de palavras-chave, sendo elas, “erro”, “indenização” e “dano”, juntamente com o nome, sigla ou abreviação de nome de cada OSC referenciada. Isso permitiu uma pesquisa mais coerente e assertiva, e, quando apresentadas divergências de regiões, ou quando os resultados abrangeram relações com o Estado ou outros municípios, foi utilizado a complementação das palavras-chave “municipalidade” e “São Paulo”.

Como critérios de inclusão, e objetivando a assertividade da pesquisa incluindo os equipamentos de saúde do município, utilizamos os termos “erro do médico”; “profissionais de saúde”; “equipe hospitalar”; “terceirizados”; “laboratórios clínicos”; “falhas estruturais”; e “falhas de gestão”. Nesse sentido, os critérios serviram de apoio a outros dados utilizados para os resultados deste estudo.

Os critérios de exclusão, por sua vez, foram necessários para delimitar as origens dos dados, utilizando a exclusão de erros iniciados em instrumentos de saúde do Estado de São Paulo ou de outros municípios, que tiveram resultados nas OSCs de São Paulo. Foram excluídos também dados resultantes de ações policiais e acidentes que resultaram em óbito nos instrumentos dentro das OSs.

É importante mencionar que a população deste estudo figura nas pessoas jurídicas, sem fins econômicos, e com instrumento de parceria junto ao município de São Paulo, que tiveram sentenças proferidas no limite temporal estabelecido. Ignorou-se, pois, os profissionais de saúde, uma vez que o intuito deste estudo é apontar os impactos do erro médico, propriamente dito, nas OSCs, e não apontar as classes, especialidades ou profissionais envolvidos na ação.

Por fim, o levantamento dos dados foi realizado por uma sequência de eixos, sendo eles, Identificação do Caso, Resumo do caso e petição, local e data,

⁴⁴⁷ STJ. Superior Tribunal de Justiça. Consulta Processual. Portal Eletrônico <https://www.stj.jus.br/sites/porta/p/Processos/Consulta-Processual>.

resultados, envolvimento, perícias de interessados e pareceres e sentenças que juntas apresentavam questões de pesquisa direcionadas, havendo respostas entre sim e não; com e sem nexos além da procedência da ação e valores arbitrados.

9.1.2 Execução de pesquisa e amostras

Para apresentar os resultados desse estudo, a primeira fase do levantamento dos dados foi realizada no acesso ao banco de sentenças do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP) entre maio de 2022 e janeiro de 2023. Evidenciando todas as sentenças proferidas nas Varas Cíveis e pela Vara da Fazenda Pública, figurando as OSCs como réus, foi possível direcionar a busca das demais informações em instâncias superiores e ampliar o levantamento de dados relacionados aos eixos delimitados.

Na segunda fase, ainda no banco de sentenças do TJ/SP, foram extraídos os requisitos dos eixos através da leitura da sentença, obedecendo à sequência previamente estabelecida e favorecendo a compreensão do fato narrado, bem como as informações necessárias para o preenchimento das lacunas. Construiu-se então uma série resumida, possibilitando uma leitura dinâmica que permite uma resposta rápida e imparcial dos impactos encontrados.

Na terceira fase, entre fevereiro e março de 2023, com os resultados consolidados pelas sentenças, a pesquisa foi direcionada às decisões colegiadas e monocráticas do Tribunal de Justiça de São Paulo e do Superior Tribunal de Justiça, limitando-se a estas instâncias devido ao recorte proposto e a resposta às questões ao apontamento do impacto. Dessa forma, o levantamento dos dados se firmou nos Acórdãos, apontando as reformas encontradas, além dos recursos aceitos e o tempo de resposta entre o recurso e o acórdão.

Tabela 2 - Levantamento por instâncias

Incidências	Valores	%
Fazenda Pública e Varas Cíveis	165	55,17
Tribunal de Justiça de São Paulo	113	37,79
Superior Tribunal de Justiça	21	7,04
Total	299	100,00

Fonte: Autor (2023).

Concluída esta fase, os dados foram mantidos em cada instância, além de serem inseridos na série resumida, o que favoreceu a leitura isolada de cada ação. Pôde-se, também, interpretar as procedências coletivamente, e, assim, mapear os impactos nas esferas que este estudo se propôs a alcançar, alcançado o total de 299 ações em todas as instâncias, conforme se verifica na tabela 2.

Em posse de todos os resultados e dados pretendidos, foi possível iniciar a quarta e última fase, que visa à interpretação dos dados, permitindo que, ao encontrar as 51 ações procedentes - conforme a tabela 3 - e independentemente da instância que decidiu por ela, fosse produzida a dissertação. Constando pontos importantes e fomentando a compreensão do leitor quanto aos resultados da pesquisa, e possibilitando uma leitura proveitosa e que favoreça outras pesquisas iniciadas através desse estudo.

Tabela 3 - Relações procedentes, parcialmente procedentes e improcedentes em primeira instância.

Incidências	Valores	%
Procedentes ou Parcialmente Procedente	51	30,91
Improcedentes	112	67,88
Conciliação	2	1,21
Total	165	100,00

Fonte: Autor (2023).

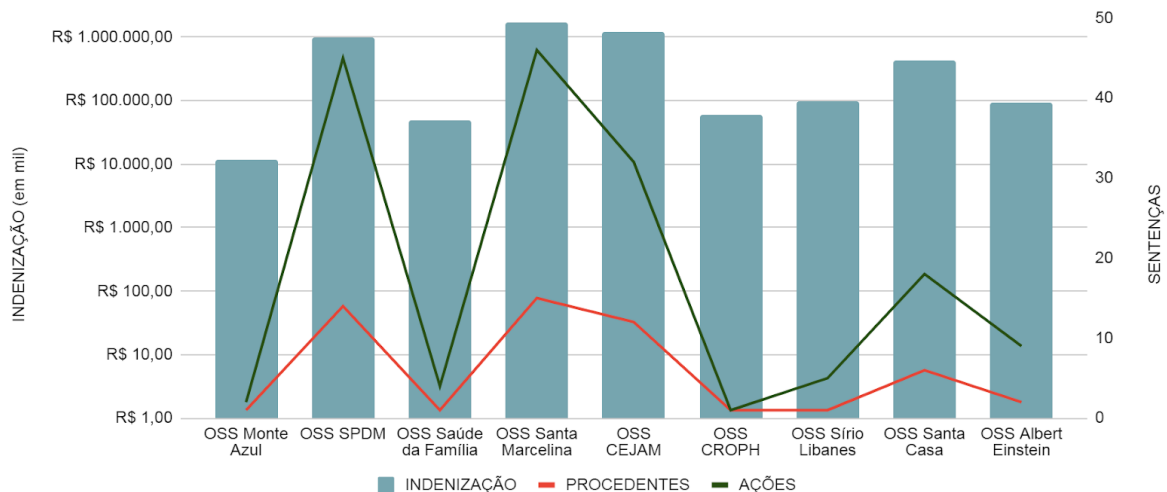
Concomitantemente à quarta fase, esta pesquisa buscou, nos Planos Municipais de Saúde do município de São Paulo, programas e interferências públicas direcionadas à mitigação dos eventos adversos e do erro médico no município. Entre eles: políticas públicas, selos de reconhecimento e incentivos aos profissionais de saúde, inclusive nos portais de Cadastro Nacional de Empresas Punidas e Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - apresentados aqui com o intuito de apontar o impacto dos eventos adversos e do erro médico.

9.1.3 Primeiros resultados

A perspectiva de projeto deste trabalho visava inicialmente a apontar somente os impactos previsíveis no campo financeiro. Porém, ao serem compilados os dados encontrados no campo dos eventos adversos e do erro médico, os gastos com

indenizações nem sempre estão relacionados à quantidade de decisões favoráveis aos pacientes, mas sim a sua gravidade, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 - Relação Indenização, ações e sentenças.



Fonte: Autor (2023).

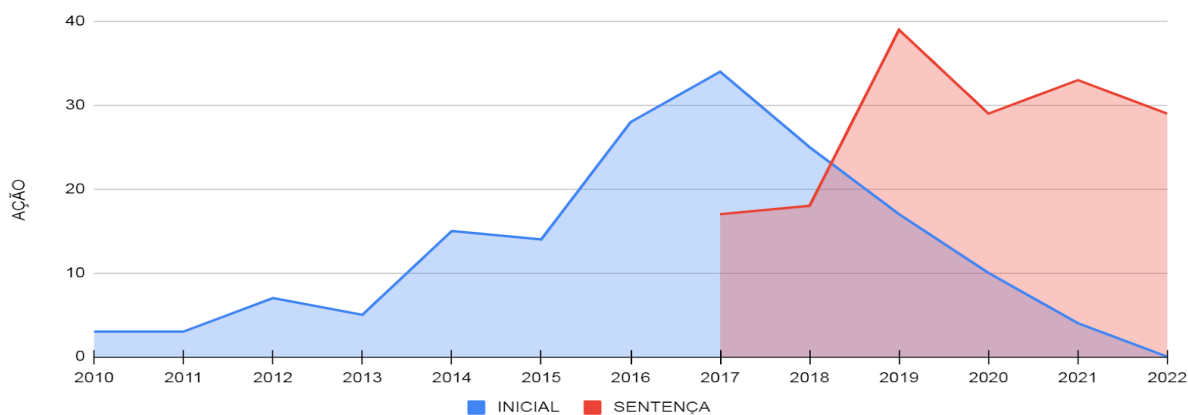
Com efeito, as Organizações Sociais que possuíam Contrato de Gestão foram as que mais responderam por ações relacionadas aos eventos adversos e erros médicos, considerando que estas OSs realizam a gestão de complexos hospitalares e gerenciam as Coordenadorias Regionais de Saúde.

Foi também observado que a quantidade de ações judiciais não está diretamente relacionada ao montante despendido com indenizações. Isso sugere que o valor da indenização está atrelado mais à gravidade do resultado do que à quantidade de erros médicos apontados. Entre as ações, aquelas que apresentam menores danos - do ponto de vista jurídico - resultam em indenizações menores, ainda que todos os danos sejam prejudiciais aos pacientes e seus familiares.

É importante esclarecer que no município de São Paulo há cerca de 21 Organizações da Sociedade Civil ativas. No entanto, durante a pesquisa e dentro do recorte temporal estabelecido, os dados relacionados aos eventos adversos e aos erros médicos destacaram apenas 9 delas, conforme indicado na Tabela 7. Como resultado, as demais OS foram consideradas contribuições auxiliares para os resultados desta pesquisa, especialmente no que diz respeito à gestão e observações relacionadas aos instrumentos de saúde municipal.

No levantamento das decisões, ficou claro que o fenômeno da judicialização da saúde relacionado aos eventos adversos e erro médicos se deu pela conscientização da população dos seus direitos, além do reflexo da pior crise vivida no Brasil - em 2016 - gerando uma onda de ações por erro médico,⁴⁴⁸ muitas vezes relacionadas à alta demanda e baixa disponibilidade de recursos, como podemos observar no gráfico 2.

Gráfico 2 - Levantamento Inicial e Sentença



Fonte: Autor (2023).

Levando em consideração o pico das decisões judiciais em meados de 2019, identificamos um dado relevante, conforme demonstrado na Tabela 4: o tempo médio para uma decisão em todas as esferas foi de 40 meses. Isso representa um impacto significativo no sistema judiciário brasileiro e afeta também a assistência prestada pelos profissionais de saúde, que se tornam a segunda vítima dos erros médicos.

Tabela 4 - Decisões em Primeira Instância

Incidências	Valores
Maior tempo (em dias)	4356
Menor tempo (em dias)	90
Média de tempo (em meses)	40

Fonte: Autor (2023).

⁴⁴⁸ BRASIL. Ministério da Fazenda. Em 2016, o Brasil enfrenta sua pior recessão. Balanço e perspectivas econômicas 2016-2016. Brasília. pp. 1-2.

Ademais, desviasse a atenção dos gestores de saúde e do corpo jurídico das Organizações da Sociedade Civil (OS) que precisam dedicar tempo e recursos para responder e resolver as ações judiciais.

Assim, ao analisar os primeiros resultados, identificou-se o erro médico como um aspecto da judicialização da saúde, conforme evidenciado neste estudo pela quantidade de ações judiciais analisadas e pela sua exponencialidade em períodos de crise. Isso se apresenta como mais uma questão a ser gerenciada pelas OSs, considerando a crise financeira e o recesso experimentado durante o período de amostragem. Tais circunstâncias, além de gerar os resultados apontados, causaram impactos nas OSs e na sociedade que, até o momento, são irreparáveis.

9.2 Impacto Humano

Tendenciosamente, este estudo buscou a compreensão do impacto das OSs no campo financeiro ou contratual, e, nesta jornada, tornou-se impossível deixar de apontar os impactos expandidos do erro médico na sociedade.

Com isso, as descobertas da pesquisa apontaram que os erros médicos causaram cerca de 38,79% dos óbitos nas OSs. Reforçando os limites da pesquisa, foi considerada a morte de adultos e fetos durante a gestação ou no trabalho de parto, causando uma perda irreparável a familiares e amigos dos pacientes.

Tabela 5 - Resultado Morte

	Incidências	Valores	%
Morte adulto		54	32,73
Morte fetal		10	6,06
Sem dados		1	0,61
Sem resultado morte		100	60,61
Total		165	100

Fonte: Autor (2023)

Conforme indicado na Tabela 5, as amostras revelam que em 60,61% dos casos, os erros médicos não resultaram em morte. Entretanto, embora o óbito não tenha sido uma consequência em tais casos, o erro médico pode ter ocasionado danos de outra natureza, por exemplo, a invalidez - isto é, perda de funções

motoras, fisiológicas ou psicológicas, como detalhado na Tabela 6. Ademais, os erros médicos podem causar impactos psicológicos significativos, como a depressão, seja decorrente de danos estéticos ou pela perda do familiar.

Tabela 6 - Resultado inabilidade

Incidências	Valores	%
Membros ou órgãos	37	23,64
Sensorial ou neurológico	11	6,67
Sem dados	1	0,61
Sem resultado de inabilidade	114	69,09
Total	165	100

Fonte: Autor (2023)

De fato, os erros médicos deram origem a reivindicações de incapacidade motora e fisiológica em 37 pacientes que procuraram ajuda nos instrumentos administrados pelas Organizações Sociais, além de 11 reivindicações de danos sensoriais e neurológicos.

Em um dos casos analisados, destaca-se um paciente que procurou assistência na rede municipal de saúde gerida por uma OS na zona sul de São Paulo. Ao ser atendido por um ortopedista, foi instruído a voltar para casa, pois sua lesão no membro inferior supostamente se curaria de forma natural. No entanto, essa orientação mostrou-se equivocada, pois a ausência de exames levou o paciente a acreditar que não eram necessários exames radiológicos. Isso resultou em uma lesão significativa na coluna lombar devido à distribuição desigual de peso, conforme alegado pelo paciente.

No contexto do impacto humano, é fundamental reconhecer a importância dos danos causados aos pacientes, tratando com a devida responsabilidade. Considerando a segurança do paciente, mais do que uma garantia, devendo ser considerada a máxima prioridade em todos os níveis de assistência à saúde, honrando assim o direito constitucional de cada indivíduo de buscar cuidados para sua saúde e bem-estar.

9.2.1 Impacto profissional

Nos primeiros resultados, como observado na Tabela 4, o prazo que uma ação leva para ter a decisão da instância que tramita a ação gira em torno de 40 meses, ou seja, cerca de 3 anos de espera por uma resposta do Poder Judiciário, que poderá condenar ou absolver este profissional de saúde.

Nesta espera, o profissional de saúde sofrerá os impactos da Teoria da Segunda Vítima, pois, em muitos casos, ele poderá estar desempregado, suscetível a problemas de cunho financeiro e, conseqüentemente, a danos psicológicos que, somado a um possível julgamento social, duraram todo o curso da ação.

O efeito dos eventos adversos e dos erros médicos evidencia a veracidade da Teoria da Terceira Vítima, na qual, além das repercussões já enfrentadas e posteriormente analisadas, surge a necessidade de preencher a posição do profissional desligado. Tal situação pode ocasionar uma alta rotatividade de profissionais de saúde, o que, de algum modo, pode contribuir para aumentar a probabilidade de erros e reduzir a qualidade e a continuidade da assistência à saúde. Tal rotatividade de profissionais impacta a consolidação das equipes de saúde, além de impossibilitar a adesão em tempo hábil às culturas e protocolos que, se investidos em capital humano, poderão melhorar significativamente a assistência à saúde das OSs no município.

9.3 Impacto Financeiro

A análise dos aspectos financeiros revelou que a soma de todas indenizações representam aproximadamente 3% de todos os recursos alocados ao Hospital Municipal do Campo Limpo, que liderou as reclamações em 2022 devido à falta de manutenção e recursos materiais e humanos necessários para a operacionalização daquela unidade de saúde municipal.

A despeito de todos os argumentos apresentados, seria imprudente especificar o montante para o período em questão quando comparado à estrutura atual, contudo, exige-se dos gestores dessas OSs uma atenção especial aos recursos destinados a indenizações por erro médico.

Examinando-as isoladamente, as OSs que tiveram maiores despesas com

indenizações são as que, respectivamente, gerenciam mais unidades. Há, portanto, uma correlação que pode ser associada à alta demanda como um fator contribuinte para erros médicos, impactando, assim, as OSs, conforme demonstrado nas tabelas 7 e 8.

No entanto, em uma avaliação em termos absolutos, os erros dos profissionais de saúde resultaram em um total de R\$4.665 milhões desembolsados em indenizações aos pacientes e seus familiares. Com a inclusão dos honorários sucumbenciais, esse valor ascende a cerca de R\$5.044 milhões, conforme fundamentado pela pesquisa jurimétrica, com a possibilidade de alcançar somas ainda maiores, visto que atualizações monetárias, multas e outros ajustes legais não foram considerados durante esta pesquisa.

Além disso, foram desconsiderados os recursos destinados ao pagamento de custas judiciais e despesas com escritórios de advocacia, dado que todas as Organizações Sociais analisadas contavam com o suporte de escritórios especializados em saúde, e, ocasionalmente, com o apoio de seu próprio corpo jurídico - como observado na SPDM e no CEJAM, diferentemente da Santa Marcelina, que manteve o mesmo escritório de advocacia em todos os casos analisados.

Tabela 7 - Indenizações totais e Custas por OS

Organização da Soc. Civil	Valores	Decisões	Honor. Sucubencias
A.C. Monte Azul	R\$ 11.789,74	1	R\$ 589,48
A.P. Desenv. Medicina	R\$ 1.009.180,00	14	R\$ 84.318,00
A. Saúde da Família	R\$ 49.500,00	1	R\$ 4.950,00
C.S. Santa Marcelina	R\$ 1.731.000,00	15	R\$ 177.600,00
C.E.P. João Amorim	R\$ 1.185.200,00	12	R\$ 108.520,00
C.R.O Promoção Humana	R\$ 60.000,00	1	R\$ 6.000,00
I.R.S Sírio Libanês	R\$ 100.000,00	1	R\$ 10.000,00
I.Santa Casa de Misericórdia	R\$ 424.208,80	6	R\$ 65.420,00
S.B.I.B Albert Einstein	R\$ 95.000,00	2	R\$ 6.000,00
Total	R\$ 4.665.878,54	53	R\$ 378.258,48

Fonte: Autor (2023).

Outra observação relevante aqui identificada sugere uma tendência provável do Judiciário em acatar os pedidos de pensões que, quando somadas às

indenizações pagas, impactam na gestão das Organizações Sociais. Neste cenário, 15,09% das decisões que reconheceram o erro médico foram consideradas, conforme demonstrado na tabela 8.

Analisadas isoladamente, essas decisões possuem uma natureza compensatória - pela perda do provedor financeiro - ou até mesmo reparadora, como no caso em que uma paciente entrou em estado depressivo devido à perda de seu filho durante o processo de concepção, uma situação agravada pela negligência médica, conforme documentado nos registros do processo judicial.

Tabela 8 - Indenizações e pensão

	Incidências	Valores	%
Indenizações		45	84,91
Indenizações e pensão		8	15,09
Total		53	100

Fonte: Autor (2023).

Assim, ao compararmos com o total acumulado no mesmo intervalo dos repasses da Secretaria Municipal de Saúde às OSs, os valores mencionados acima parecem insignificantes. No entanto, em um sistema de saúde como o brasileiro, qualquer recurso perdido ou redirecionado a outros fins afeta diretamente a assistência ao paciente.

Dentre os casos analisados, é possível destacar o pedido de homologação por um erro médico não identificado, ocorrido em uma unidade de saúde gerida pela CEJAM em parceria com a OS Albert Einstein, em que o valor destinado à indenização atingiu R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), pagos em 20 dias após a homologação. À época, esse montante seria suficiente para sustentar aproximadamente 10 leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) no início da pandemia, com base na tabela de custos vigente naquele momento, especialmente devido ao aumento da demanda por leitos de terapia intensiva.

9.4 Impacto Organizacional

A gestão inadequada foi um fator determinante para o encerramento de Contratos de Gestão. Este cenário permitiu que o Poder Executivo municipal

desqualificasse o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) em 2022, marcando o fim da parceria. Isso propiciou que outras entidades assumissem o comando dos serviços de saúde.

Em uma manobra estratégica, o município de São Paulo qualificou e estabeleceu novas parcerias com três Organizações da Sociedade Civil após a dissolução do contrato com o IABAS.

Entre as novas gestoras, a Associação Filantrópica Nova Esperança assumiu, em 2021, a administração dos Atendimentos Médicos Ambulatoriais da Supervisão Técnica de Saúde da Sé - Centro, contribuindo para a continuidade dos serviços de saúde na região.

A Sociedade Beneficente Caminho de Damasco também assumiu a gestão da Supervisão Técnica de Saúde de Santana, Tucuruvi, Jaçanã e Tremembé no ano de 2021, iniciando uma nova etapa de administração e contribuindo para a continuidade e aprimoramento dos serviços de saúde naquela localidade.

Igualmente, em 2021, o Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde assumiu a liderança na gestão da Supervisão Técnica de Saúde de Santo Amaro e Cidade Ademar. Adicionalmente, neste mesmo ano, assumiu a administração do Hospital Guarapiranga, marcando a última transição de gestão conduzida pelo IABAS no município de São Paulo, e escrevendo, assim, um novo capítulo na provisão de cuidados de saúde para os paulistanos nesta região.

Com isso, fica evidente a responsabilidade e proatividade do município de São Paulo na organização dos serviços de saúde, mesmo diante de uma gestão inadequada. Ao identificar falhas na gestão de determinadas OSs, o município buscou outras entidades, o que garantiu a continuidade dos serviços. Outro fato importante a se mencionar é a transição cuidadosa entre as organizações. Considerando o período de pandemia vivido, a SMS se fez presente no decorrer da transmissão, possibilitando que os serviços de saúde fossem mantidos no mesmo nível necessário para aquele cenário.

9.4.1 Termos Aditivos de recursos adicionais

Os Termos Aditivos (TA) utilizados durante a gestão dos instrumentos de

saúde de São Paulo buscam complementar o contrato principal. Esses complementos formalizam mudanças de políticas de saúde compreendendo desde ajuste de repasse até o aumento de gestão de novas unidades de saúde.

Os erros médicos não motivaram nenhum TA em nenhuma OSC. Entretanto, percebeu-se que as políticas voltadas à atenção a eventos adversos necessitam de um incremento de recursos para prevenção desses incidentes. Contudo, vale ressaltar que tais aditivos foram efetivados nos anos de 2013 e 2015, período não contemplado por esta pesquisa.

9.5 Impacto Contratual

Na análise, observou-se a relação contratual entre a Secretaria Municipal de Saúde e as OSs, notando que o histórico de relacionamento com as OSs consolidadas no mercado permitiu que, mesmo as identificadas com erros médicos, mantivessem a mesma quantidade de instrumentos geridos. Isso comprova que a qualidade, efetividade e eficiência na gestão dessas OSs são valorizadas e confiáveis aos olhos do gestor de saúde municipal, sustentadas por uma gestão coerente e coesa na atenção à saúde.

Sobre isso, não foi possível mensurar em tempo a quantidade dos Termos Aditivos aplicada a todas as organizações. Esse levantamento foi prejudicado pela ausência dos Contratos de Gestão firmados no início da parceria e da disposição pública dos TAs realizados no período pretendido.

Contudo, podemos exemplificar a aplicação dos TAs e o comprometimento das OSs com duas das maiores organizações presentes no Município. A Casa de Saúde Santa Marcelina, pioneira na gestão de um hospital municipal, firmou seu Contrato de Gestão em 2007, assumindo a responsabilidade do Hospital Municipal Cidade Tiradentes. Desde esse compromisso com a SMS, foram aplicados 82 TAs, conferindo a esta OS a gestão de mais 127 instrumentos de saúde na região leste de São Paulo.

Este mesmo cenário se aplica ao Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, que assumiu no seu Contrato de Gestão a administração de 53 instrumentos de saúde na região sul de São Paulo. Tendo-se aplicado 98 TAs desde então, o CEJAM deixou a administração de 3 unidades. Entretanto, essa perda de

unidades se deu pela unificação de unidades de saúde ou pela migração estratégica devida pelas políticas públicas de saúde do município.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo demonstra, dessa forma, a necessidade de uma gestão especializada em saúde apta a gerir os instrumentos municipais. Para comprovar isso, os indicadores do Tribunal de Contas do Município demonstram o aumento gradual ano após ano dos recursos destinados às OSs.

9.5.1 Contratos de Seguro Responsabilidade Civil

Os eventos adversos e os erros médicos são uma realidade indesejada pelos profissionais na assistência à saúde. As Organizações Sociais, cientes disso, buscam estratégias para mitigar tais eventos, bem como os impactos gerados nos pacientes e nos profissionais, e também os impactos financeiros e legais decorrentes dessas ações. Para tanto, uma das estratégias é a contratação de seguro de Responsabilidade Civil. Essa modalidade de seguro visa a proteger as instituições quando comprovada a culpa nos atos dos profissionais.

Embora bastante debatida, essa contratação demonstra uma gestão responsável e prevenida sob aspectos gerenciais. Porém, pode vir a causar desconfiância em seus profissionais, indicando que eles estariam aptos a incorrer em erros que logo serão amparados pelo seguro.

O seguro de Responsabilidade Civil Profissional é uma proteção que traz tranquilidade para empresas e profissionais de saúde, pois realiza a cobertura de benefícios que vão desde a defesa jurídica até a indenização por danos morais e estéticos. A contratação de um seguro de Responsabilidade Civil é uma forma de proteger o patrimônio da organização em caso de processos judiciais decorrentes de erros médicos ou eventos adversos.

A CHUBB Seguros é uma das empresas que oferecem esse tipo de seguro, e já participou como terceira interessada em uma ação que comprovou o erro médico. Embora tenha transitado sob segredo de justiça, o processo resultou em um pagamento de R\$500.000,00 em uma única ação. Infelizmente, não foi possível acompanhar a ação detalhadamente. O que se sabe até então, é que foi firmado uma conciliação entre as partes envolvidas sob a compreensão de um ato caracterizado como erro médico.

Entre as ações pesquisadas, a participação de uma empresa de seguros como terceira interessada na ação de evento adverso ou erro médico se fez presente em 8 ações. Essa participação evidenciou a contratação por parte do CEJAM e da OS Albert Einstein.

Portanto, a adesão a um seguro de Responsabilidade Civil evidencia uma gestão responsável e comprometida com a estabilidade financeira dos serviços de saúde frente às possibilidades de eventos adversos e erros médicos.

9.6 Impacto Institucional

No Impacto institucional, as OSCs se configuram como a presença do Estado quando gerenciam os instrumentos de saúde. Dessa forma, sua responsabilidade se estende da identificação institucional até a prestação dos serviços de saúde, respeitando as políticas públicas de saúde do município e os princípios do SUS.

Essa responsabilidade e identificação são formalizadas e determinadas nos Contratos de Gestão, bem como em outros instrumentos como Convênios e Termos de Parcerias. Nesses documentos, é estipulado que o instrumento de saúde deve ser identificado conforme a identificação determinada seguida da denominação "Organização Social".

Além da nomenclatura, é comum que nas fachadas das unidades de saúde haja uma série de identificações visuais. Estas incluem o logotipo oficial do Sistema Único de Saúde, a insígnia do município de São Paulo e, em algumas unidades, o logotipo da própria Organização Social. Esta combinação de nomes e logotipos busca oferecer clareza e transparência à população sobre a natureza e a gestão das unidades de saúde, fortalecendo a confiança e a identidade visual da rede de atendimento.

Adicionalmente, o município de São Paulo adotou outro recurso importante para a identificação institucional, tornando obrigatório, às Organizações Sociais, afixar em um local visível dentro da unidade de saúde informações claras sobre a gestão daquele local e a gratuidade dos serviços prestados. Esse mecanismo visa a assegurar que os usuários estejam cientes da administração da unidade e da inexistência de custos para os serviços ali disponibilizados, reforçando a transparência e a acessibilidade do atendimento à população.

No entanto, é importante destacar que, em situações de eventos adversos ou erros médicos que ganham visibilidade nos meios de comunicação, frequentemente a responsabilidade recai sobre o município, e não diretamente sobre a OS que gerencia o instrumento de saúde. Essa dinâmica pode abalar a confiança da população nos serviços prestados pelo município e em seus gestores.

Consequentemente, os gestores de saúde observam com preocupação a credibilidade e reputação da OS, o que pode levar a ações que resultem no encerramento do Contrato de Gestão ou na recusa de novos Termos Aditivos.

Esta preocupação está profundamente enraizada na imagem institucional que uma OS projeta. Com isso, a influência modifica a percepção da sociedade aos serviços de saúde, apontando a ineficiência da gestão de uma OS em um instrumento de saúde a toda rede de assistência municipal.

Como exemplo disso, é emblemático o caso de ineficiência de gestão por parte do IABAS que, ao enfrentar questões de cunho administrativo, inseriu a desconfiança social da gestão municipal com o desvio de recursos destinados ao tratamento da pandemia da Covid-19.

Ainda assim, optou por modificar seu nome fantasia como estratégia para renovar sua presença e manter-se relevante no mercado. Tal estratégia não se consolidou, e obrigou a sua retirada da gestão dos instrumentos de saúde no município de São Paulo.

No entanto, vale ressaltar que, com base na pesquisa, o caso do IABAS figura como caso isolado de Impacto Institucional, ainda que não seja por evento adversos ou erro médico. Contudo, sua ineficiente gestão resultou em perdas irreparáveis na administração pública de saúde. Dessa forma, não se tem conhecimento de outras Organizações Sociais que tenham afetado a gestão municipal de saúde devido a erros médicos.

CONCLUSÃO

O resultado deste trabalho superou as expectativas que possuía ao iniciar o levantamento dos dados e a leitura dos resultados. Buscando compreender os efeitos dos eventos adversos e erros médicos no campo financeiro e gerencial das Organizações da Sociedade Civil, percebeu-se a necessidade de apontar outras descobertas relevantes para descrever os resultados, possibilitando a observação, portanto, dos impactos humanos e sociais que os pacientes e profissionais de saúde sofriam, além da gestão das organizações sociais e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Para isso, foi necessário percorrer a constitucionalização da saúde e entender os cuidados que o Estado assumiu ao garantir a saúde e o bem-estar como um direito do cidadão, trazendo consigo os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário como garantidores da normatização do Sistema Único de Saúde, da operacionalização do sistema de saúde e a proteção dos direitos constitucionais dos brasileiros na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Com a crescente demanda de usuários, o sistema público de saúde precisava de apoio na gestão dos instrumentos de saúde, e a inclusão de entidades do terceiro setor surgiu como solução para auxiliar a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na administração eficiente dos serviços de saúde e na condução das políticas públicas. Através da formalização de Convênios, Termos de Parceria e Contratos de Gestão, essas organizações assumiram o dever de cumprir metas de serviço com qualidade e eficiência, gerenciando os recursos de saúde de maneira integral e assumindo a responsabilidade pelos resultados e por quaisquer danos causados aos pacientes em seu encargo.

Essa responsabilidade se estende aos eventos adversos e erros médicos oriundos das condutas dos profissionais de saúde vinculados à Organização da Sociedade Civil que administra o instrumento de saúde. Consequentemente, incumbe-se a essa organização da obrigação de responder pelos danos causados aos pacientes e de prover a devida reparação, impactando a gestão orçamentária, organizacional, contratual e institucional da organização e do município de São Paulo, que aderiu com pioneirismo a parceria com o terceiro setor na saúde.

No entanto, o paciente é o foco central dos serviços de saúde, e quem mais sofre com os eventos adversos e os erros médicos. Constatamos que 64 famílias foram profundamente afetadas pela perda de entes queridos, enfrentando o impacto devastador dessas ocorrências, fruto de condutas inadequadas por parte dos profissionais de saúde. Adicionalmente, 37 pacientes enfrentam as consequências da amputação de membros, uma realidade dolorosa e permanente, enquanto 11 indivíduos sofreram prejuízos neurológicos ou sensoriais devido a ações ou omissões nas condutas atribuídas à imperícia, imprudência ou negligência dos profissionais de saúde.

Entretanto, esses profissionais de saúde, como qualquer ser humano, estão sujeitos a cometer erros, por mais habilitados e experientes que sejam, o que pode acarretar resultados indesejados aos usuários do sistema de saúde pública. É compreensível que o prejuízo físico ou psicológico sofrido pelos pacientes não possa ser comparado ao impacto nos profissionais de saúde. Entretanto, foi notável que nenhuma ação penal foi encontrada, indicando que a responsabilidade atribuída ao profissional foi de natureza culposa, ou seja, não havia a intenção de causar o resultado negativo ao paciente.

Por consequência, esses profissionais acabam se tornando vítimas secundárias dos eventos e erros, enfrentando repercussões pessoais e profissionais por suas condutas. Com isso, a necessidade de apoiá-los torna-se evidente ao observar que o prazo médio para uma decisão judicial definitiva em casos de eventos adversos ou erros médicos é de aproximadamente 40 meses. Nesse tempo, o profissional de saúde pode experimentar transtornos como ansiedade e depressão, devido à incerteza do desfecho judicial.

E a terceira vítima dos eventos adversos e o erro médico são as Organizações da Sociedade Civil presentes no município de São Paulo, que destinaram - no recorte de tempo aqui delimitado, de 2017 a 2022 - R\$5,044 milhões para ressarcir e indenizar as 53 decisões favoráveis aos pacientes vítimas de eventos adversos e erros médicos. Estes valores podem ser ainda mais altos, visto que existem ações por erro médico ainda em tramitação no Poder Judiciário. Boa parte desses montantes saíram dos recursos previstos para a gestão do contrato firmado junto à Secretaria Municipal de Saúde. Em algumas situações, as indenizações foram custeadas pelo Seguro Responsabilidade Civil, o que se

mostrou uma excelente alternativa para os gestores públicos.

Observamos também que os danos causados aos pacientes não resultaram no encerramento de nenhuma parceria durante o período investigado. Porém, uma gestão ineficiente de algumas organizações resultou na desqualificação e consequente término da colaboração com o município.

Nesta ocasião, outras organizações foram incorporadas ao sistema público de saúde. Dessa exposição, fica evidente que os eventos adversos e os erros médicos impactaram pacientes, profissionais de saúde e as OSCs responsáveis por administrar unidades de saúde. Tais impactos estão frequentemente associados a falhas de comunicação entre as partes e ao estabelecimento de diagnósticos imprecisos.

Embora essa pesquisa tenha limitado-se aos instrumentos de saúde geridos por organizações do terceiro setor, isso não quer dizer que o impacto na gestão municipal de saúde de saúde, resultado de um evento adverso ou erro médico, não tragam prejuízos de cunho orçamentário ou institucional.

A pesquisa jurimétrica forneceu subsídio suficiente para observar amplamente as causas raiz dos eventos e erros. Ainda que não explorado neste estudo, mas tornou-se evidente a necessidade de implementar políticas públicas no sistema público de saúde municipal voltada à comunicação efetiva entre profissionais e seus pacientes. Essa preocupação é uma das metas internacionais de Segurança do Paciente, a Meta 2, que observa a segurança e a eficiência dos cuidados na saúde baseada na comunicação efetiva. E essa comunicação deve ser conscientizada à população usuária do Sistema Único de Saúde.

Consequentemente, ressalta-se a necessidade de investimento na formação e em tecnologias de saúde voltadas para a equipe multiprofissional da área. Ao mencionar "equipe multiprofissional", refiro-me a todas as profissões essenciais para o desenvolvimento e execução de políticas públicas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Enquanto profissional da saúde, com sólida vivência assistencial direta ao paciente, posso afirmar com convicção que a comunicação e a empatia entre o profissional de saúde e o paciente são essenciais para prestar um atendimento humanizado e assertivo, tanto em condutas clínicas quanto cirúrgicas.

Contrariamente ao que se possa pensar, a gestão de uma unidade de saúde

por uma Organização da Sociedade Civil frequentemente apresenta índices elevados de qualidade, especialmente quando comparada com unidades geridas diretamente pela administração pública. Embora não tenhamos abordado um comparativo com os instrumentos de saúde da administração direta do município de São Paulo.

É verdade que, assim como em qualquer área ou profissão, gestão na área da saúde pode variar entre a eficácia e a deficiência. Contudo, frente a limitações de recursos ou a utilização de equipamentos obsoletos, é importante notar o empenho dos profissionais de saúde na proteção e promoção da saúde do paciente, evidenciando um compromisso inabalável com o bem-estar geral. E com isso, destacamos a necessidade de cuidar dos profissionais de saúde, vítimas secundárias de erros médicos.

Apesar de esta pesquisa ter se limitado a um recorte temporal específico e a termos pré-estabelecidos, espera-se que este trabalho possa ser valioso para futuras investigações no âmbito do impacto dos eventos adversos e dos erros médicos na gestão da saúde pública. Além disso, é necessário enfatizar a importância da jurimetria como uma ferramenta inovadora na abordagem para compreender fenômenos jurídicos, delineando tendências jurisprudenciais e doutrinárias no Brasil.

Assim, espero que o trabalho tenha o potencial de motivar a conscientização dos profissionais de saúde para uma comunicação clara e eficiente com seus pacientes. Além de oferecer uma perspectiva valiosa para os gestores públicos no desenvolvimento de políticas voltadas para a conscientização da população acerca de seus direitos e deveres, especialmente na interação com os serviços de saúde. Todo esse empenho pretende garantir a segurança dos pacientes e, consequentemente, alcançar resultados que promovam o bem-estar dos pacientes e fortaleçam o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas contra a Covid-19. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das-vacinas>. Acesso em: 25 mar. 2023.

AGÊNCIA SENADO. CPI da Pandemia: principais pontos do relatório. Senado Federal, Brasília, 20 out. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/20/cpi-da-pandemia-principais-pontos-do-relatorio>. Acesso em: 25 mar. 2023.

ARQUIVO NACIONAL. Poder Moderador. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/298-poder-moderador>. Acesso em: 02 nov. 2023.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; JUCÁ, Vlória. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 879–889, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400019>. Acesso em: 3 ago. 2023.

ALVES, Daniele Viana; CARREIRO, Mônica de Almeida; SILVA, Thiago Augusto Soares Monteiro; CELENTO, Denize Duarte; SANTOS, Margarida Maria Donato; TAVARES, Marilei de Melo. Cirurgia segura com demarcação de lateralidade: Conhecer para prevenir erros. In: UNIVERSIDADE DE VASSOURAS. Especial (2021): Revista Pró-UniverSUS Edição Especial - Dossiê Temático Sentidos do fazer em Enfermagem. Revista de Pesquisa Univeritas. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/issue/view/210>. Acesso em: 02 nov. 2023.

ALVES, Mário Aquino; KOGA, Natália Massaco. Organizações sem fins lucrativos brasileiras e o novo arcabouço jurídico: uma perspectiva institucional. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 10, n. esp, p. 213–234, 2006. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11121/1/Políticas_publicas_e_usos.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

ALVIN, Arruda, MELLO, Cecília. RODRIGUES. Daniel Colnago. ALVIN. Tereza. *Direito Médico - aspectos Materiais e Processuais*. Revista dos Tribunais. São Paulo, 2021.

AMATO, Giuliano. Antitrust and the Bounds of Power: The Dilemma of Liberal Democracy in the History of the Market. *Journal of the History of Economic Thought*, v. 19, n. 2, p. 203-204, 1997.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 29, n. 2, p. 136–146, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CQ7XBWQgB4rfGqNRHsMj5Rp/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

ARMITAGE, João. *História do Brasil*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2009. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/580736/000970204_Historia_Brasil.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. Atas das Comissões. Diário da Assembleia Nacional Constituinte. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, abril de 1987.

_____; Comissão da Ordem Econômica. Anteprojeto da Comissão. Volume 164. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, junho de 1987.

_____; Comissão da Ordem Econômica. Subcomissão da Questão Urbana e Transporte. Anteprojeto da Subcomissão. Volume 176. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, avulso sem data.

_____; Comissão da Organização do Estado. Parecer e Substitutivo (nova redação). Volume 85. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, junho de 1987.

_____; Comissão da Organização do Estado. Subcomissão dos Estados. Anteprojeto da Subcomissão. Volume 94. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, maio de 1987.

ALMEIDA, Murilo Bernardes de. Contratos de gestão: conceito, origem, natureza jurídica, objetivos e características. Jus.com.br, 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/33672/contratos-de-gestao>. Acesso em: 4 ago. 2023

ASSOCIAÇÃO CASA DEFICIENTES ERMELINO MATARAZZO. História. Disponível em: <https://www.acdem.org.br/historia>. Acesso em: 01 nov. 2023

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL. Quem somos. Disponível em: <https://monteazul.org/pt-br/quem-somos/>. Acesso em: 01 nov. 2023

ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA NOVA ESPERANÇA. Quem somos. Disponível em: <https://www.afne.org.br/>. Acesso em: 01 nov. 2023

APÓS PREFEITURA DE SP DECIDIR NÃO RENOVAR CONTRATOS PARA GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE, IABAS COMUNICA MUDANÇA DE NOME. G1, São Paulo, 21 de jan. de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/21/apos-prefeitura-de-sp-decidir-nao-renovar-contratos-para-gestao-de-unidades-de-saude-iabas-comunica-mudanca-de-nome.ghtml>. Acesso em: 02 de nov. de 2023.

AZEVEDO, Antônio Junqueira de. Por uma nova categoria de dano na responsabilidade civil: o dano social. Revista Trimestral de Direito Civil, Rio de Janeiro, ano 5o, n. 19, pp. 211-218, jul./set., 2004.

BARROS, Elizabeth. O Controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde. In: NESP/UnB. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_sus.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Orgs.). Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. 1ª versão, 2002. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol1.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

BARCELOS, Maria de Fátima. A implementação das organizações sociais de saúde em São Paulo: entre a reforma do Estado e as mudanças no modelo de gestão pública. *Revista de Administração Pública*, v. 49, n. 3, p. 797-825, 2015. Disponível em:

https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/barcelos_jbes-espacialportugues-15-30.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

BARAÚNA JÚNIOR, Haroldo. Documentos médicos eletrônicos. Uma abordagem sobre seus efeitos jurídicos. Ed Lumen Juris. 2019. Rio de Janeiro.

BAZ, Luiza Sampaio Alonso. Vieses cognitivos e decisão médica: a interferência da heurística de semelhança no raciocínio clínico. 2023. Disponível em: <http://repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/7038/1/Luiza%20Sampaio%20Alonso%20Baz%20-%20Vieses%20cognitivos%20e%20decis%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20a%20interfer%C3%Aancia%20da%20heur%C3%ADstica%20de%20semelhan%C3%A7a%20no%20racioc%C3%ADnio%20cl%C3%ADnico%20-%202023.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BALOGH, Erin; MILLER, Bryan T. (Eds.); Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press, 2015. p. 112-113. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/21794/chapter/1>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BORGES, Alice Gonzalez. Aplicabilidade de normas gerais de lei federal aos Estados. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro: Renovar, v. 194, p. 97-106, abr. 1993. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/45899>. Acesso em: 30 set. 2023.

BOHOMOL, Elena. Além da segurança do paciente, a segurança dos profissionais. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 32, n. 5, p. vi-viii, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mjLmyphY6hBYrm7h85BXH9Q/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *História constitucional do Brasil*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1989.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2021.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 97-109, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2010.v26n1/97-109/>. Acesso em: 17 mar. 2023.

BEM, Ivan Pricken de; DELDUQUE, Maria Célia. Análise da Produção Legislativa em Saúde na 54ª e 55ª Legislaturas do Congresso Nacional do Brasil: o que os parlamentares produzem em saúde? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xqCYJCGx39G4JfLVD9PyFJc/?lang=pt#>. Acesso em: 17 mar. 2023.

BENE, Karine Camargo. *Responsabilidade Civil do Estado por Erro Médico*. 2019. Disponível em:

<https://nakanoadvogados.com.br/responsabilidade-civil-do-estado-por-erro-medico/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Medida Provisória n.º 1.591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1997. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/MPV/1591-1>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRANDÃO, Luciano Bueno. A responsabilidade civil do médico no dever de informar. Ed. GZ, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília, 2017. p. 9. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/eventos-adversos/gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB/SUAS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 dez. 2012. Seção 1, p. 89-94. Disponível em: <https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/03/nob-suas-2012.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Regulamenta a composição, a organização e o funcionamento das Comissões Intergestores no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 maio 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 out 2023.

BRASIL. Constituição (1824). Constituição Política do Império do Brasil. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF_1824.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 533, de 25 de Abril de 1850. Autoriza o Governo a despender até a quantia de 100.000\$000 nas medidas tendentes a obstar a propagação da epidemia reinante, e nos socorros dos enfermos. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-533-25-abril-1850-559609-norma-pl.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. Publicação Original. Coleção de Leis do Império do Brasil de 31/12/1851 - vol. 001, p. 259, col. 1. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 2663, de 6 de outubro de 1860. Concede ao Ministério do Império hum credito extraordinario de 200:000\$000, para ocorrer durante o exercicio de 1860-1861, ás despesas feitas e por fazer a titulos de socorro Publicos. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1860, Página 665 Vol. 1 pt II. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2663-6-outubro-1860-556752-publicacaooriginal-76880-pe.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 13.001, de 1 de maio de 1918. Dispõe sobre organização das commissões de medicos e auxiliares para o serviço de prophylaxia rural. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, p. 6237, 3 mai. 1918. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-13001-1-maio-1918-502844-norma-pe.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-6, 1920. Disponível em: [http://mapa.arquivonacional.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/778-conse](http://mapa.arquivonacional.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/778-conseelhos-) lhos-. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. Regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14189-26-maio-1920-570004-publicacaooriginal-93190-pe.html>. Acesso em: 01 nov. 2023..

BRASIL. Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Brasília, DF, 6 de julho de 1992. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1992/decreto-591-6-julho-1992-449000-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 30 out 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 13 out. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 17 nov. 1953. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34596-16-novembro-1953-328248-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 8.428, de 2 de abril de 2015. Dispõe sobre o Procedimento de Manifestação de Interesse a ser observado na apresentação de projetos,

levantamentos ou estudos, pelos particulares, para a administração pública federal direta, autárquica e fundacional, com vistas à futura celebração de contrato de concessão ou de parceria público-privada. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 abr. 2015. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8428.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 26, de 27 de novembro de 1985. Dispõe sobre a convocação da Assembleia Nacional Constituinte e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 nov. 1985. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc26-85.htm. Acesso em: 30 out 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957. Regulamenta os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 1 out. 1957. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 out. 2023

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8

dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.055, de 1º de junho de 1995. Disciplina a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do asbesto/amianto e dos produtos que o contenham, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1995. Seção 1, p. 7889. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1995/lei-9055-1-junho-1995-374812-norma-pl.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 1999. Disponível em: <https://www.gov.br/plataformamaisbrasil/pt-br/legislacao-geral/leis/lei-no-9-790-de-23-de-marco-de-1999>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/banco-de-precos/legislacao/lei-no-12-527-de-18-de-novembro-de-2011.pdf/view>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Dispõe sobre a migração no Brasil e institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 mai. 2017. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?ano=2017&ato=fadMTRU5EeZpWTbd4&número=13445&tipo=LEI>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 14.125, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre ações emergenciais e transitórias destinadas ao setor elétrico durante a pandemia da Covid-19. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mar. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14125.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei n.º 14.133, de 1 de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.133-de-1-de-abril-de-2021-311876884>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 30 out. 2023

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria n.º 361, de 27 de abril de 1999. Altera a Portaria MJSP nº 502, de 23 de novembro de 2021, que regulamenta o processo de classificação indicativa de que tratam o art. 74 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o art. 3º da Lei nº 10.359, de 27 de dezembro de 2021, e o art. 11 da Lei nº 12.485, de 12 de setembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 1999. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/classificacao-1/paginas-classificacao-indicativa/Dou28042023SeoIPortariaMJSPn361de27042023.pdf> Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria n.º 362, de 01 de março de 2016. Dispõe sobre critérios e os procedimentos a serem observados para pedidos de credenciamento, seu processamento, manutenção, cancelamento e perda de qualificações e autorizações de funcionamento de organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, no âmbito das competências do Ministério da Justiça. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 mar. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/politicas-de-justica/entidades/oscip-1/biblioteca/portaria-mj-362-2016.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Construção do SUS: Narrativas da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direito sanitário: tópicos selecionados. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS: NOB SUS 1991. Brasília, 1991. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/download/38230/36074/40849>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS: NOB SUS 1993. Brasília, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS: NOB SUS 1996. Brasília, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 307, de 22 de fevereiro de 2021. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério da Saúde para os anos 2020-2023. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2021. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0307_23_02_2021.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º abr. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 maio 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.180/GM, de 22 de julho de 1991. Seção II Da saúde.. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=655930. Acesso em: 30 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 02 nov. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Programação Anual de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_fevereiro_2. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (2005). 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2021. 63 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulamento_sanitario_internacional_2005_2ed.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 8-10. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2017. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf. Acesso em: 27 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: Sistema Único de Saúde - Instrumento de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Plano diretor da reforma do aparelho de estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração e da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1787/2017 - Plenário. 16 de agosto de 2017. Auditoria Operacional sobre Judicialização da Saúde. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-sobre-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma da administração pública. In: crise econômica e reforma do estado no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1996. p. 2-4. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/96.ReformaDaAdministracaoPublica.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRETAS, Gabriela Horesh. O papel das organizações da sociedade civil na política pública de assistência social no Brasil: dilemas e tensões na provisão de serviço. 2016. 104 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100138/tde-27072016-103637/pt-br.php>. Acesso em: 30 set. 2023.

BREUS, Thiago Lima. O governo por contrato(s) e a concretização de políticas públicas horizontais como mecanismo de justiça distributiva. 2023. Tese (Doutorado em Direito do Estado) - Programa de Pós-graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2023. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/40312>. Acesso em: 02 nov. 2023

BUTIERRES, Maria; PHILIPPSEN, Eduardo. O viés retrospectivo e seus reflexos na tomada de decisão judicial. In: MUA, Cíntia; SILVA, Ângelo; CARDOSO, Renato (orgs.). Neurociências aplicadas ao Direito. 1. ed. [s.l.]: Editora Fundação Fênix,

2022. p. 117-143. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/250896/001152278.pdf?sequence=1>.
Acesso em: 02 nov. 2023.

CABRAL, Dilma. MAPA. Memória da Administração Pública Brasileira. Poder Moderador. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://mapa.arquivonacional.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/298-poder-moderador>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CABRAL, Dilma. Provedor-mor/Provedoria-Mor de Saúde da Corte e Estado do Brasil. MAPA - Memória da Administração Pública Brasileira. Arquivo Nacional. Brasília. Ago. 2021. Disponível em:
<http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/210-provedor-mor-provedoria-mor-de-saude-da-corte-e-estado-do-brasil>. Acesso em: 29 jan. 2023.

CABRAL, Hideliza Boechat. Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais. 2ª ed. Curitiba: Appris, 2018.

CANALE, S. Terry. Wrong-site surgery: a preventable complication. Clinical Orthopaedics and Related Research, 2005, 433: p. 28-30. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15805933/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/pRXwN9WMDrLwBSPFWDrrzSnP/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. 33. ed. São Paulo: Gen, 2019.

CARVALHO NETO, Antônio Alves de. Transferências de recursos do orçamento da União para organizações não-governamentais: eficácia dos procedimentos de concessão e controle. Apub. OLAK, Paulo Arnaldo; NASCIMENTO, Diogo Toledo. Tribunal de Contas da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em:
<https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/387/437>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CASA DE ISABEL. Quem somos. Disponível em:
<https://casadeisabel.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CÉSAR, Paulo Sergio Mendes. Competências constitucionais do sistema federativo envolvendo funções públicas de interesse comum em regiões metropolitanas. Interações (Campo Grande), v. 18, n. 3, p. 141–157, jul./set. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/inter/a/45BQChfwJMRmF9MV8QvNddv/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO. Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Disponível em:
<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CBC. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Cirurgiões pedem revisão do conceito de erro médico em ações de indenização. Brasília, 2023. Disponível em:
<https://cbc.org.br/cirurgioes-pedem-revisao-do-conceito-de-erro-medico-em-aco-es-de-indenizacao/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CROPH. Um pouco da nossa trajetória. Disponível em: <http://croph.org.br/um-pouco-da-nossa-trajetoria>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CEJAM. Sobre nós. Disponível em: <https://cejam.org.br/o-cejam/sobre-nos>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CROSKERRY, Pat; SINGHAL, Geeta; MAMEDE, Sílvia. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Quality & Safety*, v. 22, n. Suppl 2, p. ii58–ii64, 2013. p. 60-61. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl_2/ii58. Acesso em: 01 nov. 2023.

CFBM. Conselho Federal de Biomedicina. Resolução CFBM nº 311/2007. Código de Ética da Biomedicina. Brasília, DF, 12 jul. 2007. Disponível em: <https://cfbm.gov.br/resolucoes/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 596/2014. Código de Ética Farmacêutica. Brasília, DF, 21 fev. 2014. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/596.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 118/2012. Código de Ética Odontológica. Brasília, DF, 25 maio 2012. Disponível em: <https://transparencia.cfo.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFO-118-2012-C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-Odontol%C3%B3gica.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 424/2013. Código de Ética. Brasília, DF, 3 jun. 2013. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=10354>. Acesso em: 01 nov. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética da Enfermagem. Brasília, DF, 6 dez. 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Código de ética médica. Brasília, DF, 17 set. 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.306, de 24 de março de 2022. Instrumentaliza o Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2306>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa. Ottawa, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

COSTA, Judith Martins. Dano moral à Brasileira. 1. ed. Lisboa: Instituto de Direito Brasileiro, 2014. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2014/09/2014_09_07073_07122.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA TROPICAL E MALÁRIA. XVIII, 2012, Rio de Janeiro. Conheça as principais doenças tropicais negligenciadas. Instituto Oswaldo Cruz. Editora FIOCRUZ. 2012. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1585&sid=32>. Acesso em: 30 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. CONASS e o Direito à Saúde. Quem somos – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>. Acesso em 29 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda-constitucional-n-862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS DE SANTA MARCELINA. Irmãs Marcelinas. Disponível em: <https://santamarcelina.org/irmas-marcelinas>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. Erro médico e responsabilidade civil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012. Apud FRANÇA, Genival Veloso. Dano moral: legislação, doutrina e jurisprudência. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008, p. 19.

CORREA, Laise Lisboa; COUTO E LIMA, Mariana Santos. Vulnerabilidade na pandemia: o imigrante na cidade de São Paulo diante da COVID-19. TRAVESSIA - Revista Do Migrante, n. 90, p. 122-123, 2021. Disponível em: <https://travessia.emnuvens.com.br/travessia/article/view/972>. Acesso em: 01 nov. 2023

CORREIA, Daniele; MENDES, Áquilas. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. Saúde em Debate, v. 45, n. 128, p. 5-6, 2021. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7962>. Acesso em: 01 nov. 2023

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Revista de Saúde Pública [online], v. 36, n. 3, p. 354-360, 2002. ISSN 1518-8787. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/fMC8hfSnxhMYvBtF7LLZYxf/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASEMS. Quem somos. Brasília, 2021. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/institucional/o-conasems>. Acesso em: 29 jan. 2023.

COUTINHO, Nina Novaes. As organizações sociais e o contrato de gestão. Revista de Direito Público, Londrina, v. 1, n. 2, p. 25-40, maio/ago. 2006. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/view/11565>. Acesso em: 01 nov. 2023

DALLARI, Dalmo de Abreu. Normas gerais sobre saúde: cabimento e limitações. Programa Nacional de Controle da Dengue: suporte legal à execução das ações de campo: pendências referentes a imóveis fechados, abandonados e com entrada não permitida pelo morador. Tradução. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/programa_nacional_controle_dengue.pdf. Acesso em: 01 ago. 2023.

DELTA-9-tetrahydrocannabinol (THC). In: WEBMD. DELTA-9-TETRAHYDROCANNABINOL (THC): Overview, Uses, Side Effects, Precautions, Interactions, Dosing and Reviews. 2023. Disponível em: <https://www.webmd.com/vitamins/ai/ingredientmono-1690/delta-9-tetrahydrocannabinol-thc>. Acesso em: 17 mar. 2023.

DELDUQUE, Maria Célia et al. O erro médico nos tribunais: uma análise das decisões do Tribunal de Justiça da capital brasileira. Saúde e Sociedade. pp 5-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pQYJpDnM3VKQfwdSHXcVKLz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 04 ago. 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Contratos de gestão. Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 50, p. 9-20, 1998. Disponível em: <https://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>. Acesso em: 04 ago. 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 35ª ed. São Paulo: Ed. Forense, 2022.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização e Parceria Público-Privada. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Gen, 2019.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 02 nov. 2023.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-337. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2023.

FRANÇA, Rodrigo Dumans. A teoria do risco aplicada à responsabilidade objetiva. 2007. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-11112011-104017/pt-br.php>. Acesso em: 02 nov. 2023.

FIOCRUZ. Quem foi Oswaldo Cruz? A trajetória do médico dedicado à ciência. Revista de Manguinhos. Edição 37. Editora FIOCRUZ. Mar 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia>. Acesso em: 02 nov. 2023

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Contratualização de desempenho institucional no SUS: aspectos gerais. Brasília, DF: Fiocruz Brasília; Saberes, 2018. p. 92-94. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/20200630_relatorio_cooperacao_portal.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Principais Questões sobre Manejo da Hemorragia no Pós-Parto. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-manejo-da-hemorragia-no-pos-parto/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

FUNDAÇÃO ADOLFO LUTZ. Quem somos. [S.l.], 2023. Disponível em: <https://www.falutz.sp.gov.br/quem-somos/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

FUNDAÇÃO BUTANTAN. Sobre o Butantan. [S.l.], 2023. Disponível em: <https://fundacaobutantan.org.br/sobre-o-butantan/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

FUNDAÇÃO BRASILEIRA DE CONTABILIDADE. Manual de procedimentos para o terceiro setor: aspectos de gestão e de contabilidade para entidades de interesse social. Brasília: CFC; FBC; Profis, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/plataformamaisbrasil/pt-br/manuais-e-cartilhas/arquivos-e-imagens/Manual_de_Procedimentos_para_o_Terceiro_Setor.pdf. Acesso em: 25 mar. 2023.

FUNDAÇÃO ABC. Quem somos. Disponível em: <https://fundacaoabc.org/quem-somos/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

GARCIA, Leandro Diniz e. Efeito da ferramenta cognitiva slow como estratégia para reduzir viés de confirmação diagnóstica em estudantes de medicina. 2022. Disponível em: <http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/handle/jspui/319>. Acesso em: 02 nov. 2023.

GOMES, José Felipe de Freitas; ORFÃO, Nathalia Halax. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde em Debate [online], v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mnGCSGkFNYjRshXhxGMk95m/>. Acesso em: 30 set. 2022.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito Civil. São Paulo: Ed. Saraiva, 2022

GOVERNO FEDERAL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 02 nov. 2023.

GOVÊIA, Catia Sousa; et al. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Complicações e eventos adversos em anestesia. São Paulo, 2020.

GRABER, M. L. The incidence of diagnostic error in medicine. BMJ Quality & Safety, v. 22, p. 21-22, Oct. 2013. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl_2/ii21. Acesso em: 01 nov. 2023.

GUIMARÃES, Ulysses. Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988, publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/277285-integra-do-discurso-presidente-da-assembly-nacional-constituente-dr-ulysses-guimaraes-10-23/>. Acesso em: 13 ago. 2023.

GURAN, Milton (coord. Editorial). O Processo Constituinte 1987-1988: Documentação fotográfica sobre a Nova Constituição. Brasília: AGIL, 1988. Disponível em: <https://livrosdefotografia.org/publicacao/1567/o-processo-constituente-19871988-documentacao-fotografica-a-nova-constituicao>. Acesso em: 01 nov. 2023.

HEGENBERG, Leonidas. Doença: um estudo filosófico. Capítulo 3. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <https://books.scielo.org/pdf/hegenberg-9788575412589-03.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, María Aurora. Estimulação do parto com ocitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 24, e2744, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KDg65jfXSnmfyctRq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Sobre o Einstein. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein>. Acesso em: 01 nov. 2023.

IBROSS - Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Confira as leis de estados e municípios que regulamentam as OSS. Disponível em: <https://www.ibross.org.br>. Acesso em: 02 nov. 2023.

IBSP. Terceira vítima: quem trabalha com qualidade e segurança também sofre danos? 2019. Disponível em: <https://ibsp.net.br>. Acesso em: 02 nov. 2023.

Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde. Sobre nós. Disponível em: <https://www.linkedin.com>. Acesso em: 01 nov. 2023.

Instituto de Responsabilidade Social Sório-Libanês. Institucional. Disponível em: <https://irssl.org.br>. Acesso em: 01 nov. 2023.

Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Fundadores. Disponível em: <https://irmashospitaleiras.org>. Acesso em: 01 nov. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade de São Paulo concentra 10,3% do PIB do país em 2019. Brasil. Estatísticas Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/32596-cidade-de-sao-paulo-concentra-10-3-do-pib-do-pais-em-2019>. Acesso em: 01 nov. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Brasil. Estatísticas Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Rural e Urbana – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-2015). Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 1 de julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. População Brasileira Total 1980-2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br>. Acesso em: 3 ago. 2023.

JORNAL DO SENADO. Diretas Já: quando o povo cansou de esperar. Senado.gov.br. 11 de setembro de 2006. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20090924023526/http://www.senado.gov.br/jornal/noticia.asp?codEditoria=1729&dataEdicaoVer=20060911&dataEdicaoAtual=20060929&nomeEditoria=Aconteceu+no+Senado>. Acesso em: 13 ago. 2023.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro. O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14072003-133411/pt-br.php>. Acesso em: 02 nov. 2023.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2000. p. 22-23. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/9728/chapter/1>. Acesso em: 01 nov. 2023

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade Civil do Médico. 11. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2022.

LÖWY, Ilana. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p.94. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/virus-mosquitos-e-modernidade-febre-amarela-no-brasil-entre-ciencia-e-politica>. Acesso em: 02 nov. 2023.

LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado. 26. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2022.

LILLO, Julia Maria; CHAIMOVICH, Mariana. Freios e contrapesos e políticas públicas em tempos de Covid-19. JOTA, São Paulo, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/freios-e-contrapesos-e-politicas-publica-s-em-tempos-de-covid-19-15062020>. Acesso em: 13 mar. 2023.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia; Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LOTTA, Gabriela (org.). Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: ENAP, 2019.

LOPES, Laís de Figueiredo; SANTOS, Bianca dos; BROCHARDT, Viviane. Entenda o MROSC: Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Lei 13.019/2014. Brasília: Presidência da República, 2016. p. 25-27. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2015/10/LIVRETO_MROSC.pdf. Acesso em: 25 mar. 2023.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GCCd3Fykn6dvqDc6dkCqHbM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MATIAS, Juliana. Laboratório que deu diagnóstico de câncer erroneamente é condenado. *ConJur*, São Paulo, 03 de jul. de 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jul-03/laboratorio-condenado-indenizar-erro-exame>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 42ª ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/a-constr-soc-aten-prim-saude.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MENEZES, Maíra. *A revolução pasteuriana como ponto de partida. Mulheres protagonistas da Ciência e da Saúde*. Instituto Oswaldo Cruz. 2012. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/noticias/revolucao-pasteuriana-como-ponto-de-partida>. Acesso em: 30 jan. 2023.

MENDONÇA, Patricia.; FALCÃO, Domenica. Silva. Novo Marco Regulatório para a realização de parcerias entre Estado e Organização da Sociedade Civil (OSC). *Inovação ou peso do passado?*. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 21, n. 68, 2016. DOI: 10.12660/cgpc.v21n68.56484. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/56484>. Acesso em: 1 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat. *Do Espírito das Leis*. Tradução de Jean Melville. São Paulo: Martin Claret, 2007.

MOURA, Maria de Lourdes; DIEGO, Luis Antonio. *Cirurgia segura*. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (orgs.). *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2019. p. 198-202. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-12.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha. Checklist de Segurança Cirúrgica da OMS: conhecimento e utilização por ortopedistas brasileiros. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 48, n. 6, p. 554–562, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/p7nLtfnVDcnnNJQyN34VBHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. Interesse público no contrato de desempenho e organização administrativa. *Conjur*, São Paulo, 19 dez. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-dez-19/interesse-publico-contrato-desempenho-organizacao-administrativa>. Acesso em: 01 nov. 2023.

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. *Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das*

organizações sociais. Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 34, n. 136, p. 315-331, out./dez. 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/314>. Acesso em: 01 nov. 2023.

MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2023.

NASCIMENTO, Milena Christine Krol Do; LOCASTRE, Erich Giuliano; COSTA, Mário Augusto Cray Da; et al. Raciocínio clínico: Passo a passo para iniciar o diagnóstico. 1. ed. São José dos Pinhais: Seven Editora, 2023. Disponível em: <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/terceira-vitima-quem-trabalha-com-qualidade-e-seguranca-tambem-sofre-danos/>. Acesso em: 02 nov. 2023

NOGUEIRA, Alexandre Verzani; FILHO, Germano Nunes Silva. Microbiologia. Florianópolis: Curso de Biologia EaD.UFSC, 1. ed. rev., 2015.

NUNES, Marcelo Guedes. Jurimetria: como a estatística pode reinventar o direito. 1. Ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal. 10 ed. São Paulo: Editora Gen 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global action on patient safety. 72ª Assembleia Mundial da Saúde. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240032705>. Acesso em: 02 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 02 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029552>. Acesso em: 01 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Statistics 2023. Geneva, Switzerland, p. 78–80. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em: 01 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declara pandemia do novo Coronavírus. UNA-SUS, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 13 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção à saúde coordenada na Atenção Primária à Saúde: construindo redes na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Cirurgias Seguras Salvam Vidas: Manual. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 29 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. Participação, Saúde e Direito na Assembleia Nacional Constituinte: Um Resgate do Debate. Anais do XIV Congresso Nacional do CONPEDI, Manaus, 2015. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/093.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

OTTA, Gabriela (org.). Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: ENAP, 2019.

PAVÃO, Ana Luiza Braz et al. Eventos adversos em anestesiologia: análise por meio da ferramenta Logbook usada por médicos em especialização no Brasil. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 69, n. 5, p. 461-468, set.-out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/YFnzyB4FNKS8xjtYRCpCGWy/?lang=pt..> Acesso em: 02 nov. 2023.

PEREIRA, Joyce Oliveira. Epidemia Reinante: o surto de Febre Amarela na Província do Maranhão - 1850. Caderno de História, v. 16, n. 22, p. 1-16, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/cadernosdehistoria/article/download/5477/4049/>. Acesso em: 30 jan. 2023.

PISKE, Oriana. Considerações sobre a teoria dos freios e contrapesos (checks and balances system). Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, 2018. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos/2018/consideracoes-sobre-a-teoria-dos-freios-e-contrapesos-checks-and-balances-system-juiza-orian-piske>. Acesso em: 13 mar. 2023.

PENA, Sérgio Danilo Junho. Medicina genômica personalizada aqui e agora. Revista Médica de Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 1-3, jul. 2010. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/365>. Acesso em: 01 nov. 2023.

PRAXEDES, Adriana de Oliveira; ARRAIS, Luciana; ARAÚJO, Maria Augusta Azevedo de. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gmZLtR6CZRf8T38qFWqKwZP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.

PROJETO QUIXOTE. O Projeto. Disponível em: <https://www.projetoquixote.org.br/o-que-e-o-projeto/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

PROQUALIS. Fundação Oswaldo Cruz. Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021 - Cuidados Maternos e Neonatais Seguros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/noticias/destaques-dia-mundial-da-seguran%C3%A7a-do-paciente-2021-%E2%80%93-cuidado-materno-e-neonatal-seguro>. Acesso em: 02 nov. 2023.

PROSAM. Associação Pró-Saúde Mental. Quem somos. Disponível em: https://prosam.org.br/pt_BR/. Acesso em: 02 nov. 2023.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. e-SIC: Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão. Disponível em: <http://esic.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 02 nov. 2023.

RIBEIRO, Ronaldo. História da Medicina: história das especialidades médicas clínicas. 1. ed. Jacobina: EDUFBA, 2022.

RIOS, Thiago Meneses. O conflito entre o princípio da separação dos poderes e a judicialização da saúde. Jusbrasil, São Paulo, 23 out. 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25250/o-conflito-entre-o-principio-da-separacao-dos-poderes-e-a-judicializacao-da-saude>. Acesso em: 25 mar. 2023.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. In: NESP/UnB. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_sus.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Saúde: promessas e limites da Constituição. 4ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36610/2/Saude-promessas-e-limites.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

R7. Empresa contratada na gestão Haddad (PT) dá calote em trabalhadores da saúde e prefeitura de SP paga conta. 2022. Disponível em: <https://noticias.r7.com/sao-paulo/empresa-contratada-na-gestao-haddad-pt-da-calote-em-trabalhadores-da-saude-e-prefeitura-de-sp-paga-conta-28102022>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 48, n. 3, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/nRDJMVhZqmZHZXtDhmQkWJz/>. Acesso em: 25 mar. 2023.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Histórico. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/portal/historico/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. Alguns aspectos da história da medicina brasileira. In: MACHADO. (org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 91-96. ISBN: 978-85-7541-607-5.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo. É uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde. Resolução SADS – 12 de 28 de julho de 1999. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/comissao-intergestores-bipartite-cib>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Contrato de Gestão n.º 002/2007 - Casa de Saúde Santa Marcelina. Objetivo: Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços no Hospital Municipal Cidade Tiradentes.

SÃO PAULO (Município). Contrato de Gestão n.º 15/2009. Casa de Saúde Santa Marcelina. Cláusula n.º 6. O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO

será de 03(três) anos, a partir da data de assinatura, podendo ser renovado após a comprovação da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

SÃO PAULO. (Município). Contrato de Gestão nº R10/2015. Casa de Saúde Santa Marcelina. Cláusula nº 4.2.7 A CONTRATADA responsabilizar-se-á, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes da execução deste contrato. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/CG_R010-2015.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Convênio n.º001/2018 - Casa de Apoio à Mulher, à Criança e ao Adolescente Vítima de Violência Doméstica e Situação de Risco. Objetivo: Rede de atenção a pessoas vítimas de violência.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Convênio n.º 005/2014 - Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro. Objetivo: Tratamento de clientela que necessita de assistência médica em regime ambulatorial e/ou de internação para atender a demanda submetida à regulação e autorização do Complexo Regulador Municipal

SÃO PAULO (Município). Convênio nº 12/2016. Associação Cruz Azul de São Paulo. Cláusula nº 8. A presente PARCERIA é celebrada pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura deste termo, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses, se houver interesse das partes envolvidas.

SÃO PAULO. Secretaria Especial de Comunicação. Cidade terá orçamento de R\$ 95,8 bilhões e investimentos de R\$ 11,5 bilhões em 2023. São Paulo, 30 nov. 2022. Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/cidade-tera-orcamento-de-r-95-8-bilhoes-e-investimentos-de-r-11-5-bilhoes-em-2023>. Acesso em: 01 nov. 2023

SÃO PAULO. (Estado). Decreto nº 13 de 15 de janeiro de 1890. Até a definitiva constituição dos Estados Unidos do Brazil, ou antes, se assim convier, - o poder ou governo dos municipios do Estado de S. Paulo será exercido por conselhos, de intendência municipal, nomeados pelo Governador. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 15 jan. 1890. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1890/decreto-13-15.01.1890.html>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Decreto nº 27.724 de 6 de abril de 1989. Altera a denominação, reorganiza a Secretaria de Higiene e Saúde - SHS, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 6 abr. 1989. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-27724-de-6-de-abril-de-1989>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Decreto nº 52.858 de 20 de dezembro de 2011. Confere nova regulamentação à Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 20 dez. 2011. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-52858-de-20-de-dezembro-de-2011>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Decreto nº 56.623 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do

Poder Executivo Municipal. Catálogo de Legislação Municipal, São Paulo, SP, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-53623-de-12-de-dezembro-de-2012>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, consistente em restrição de atividades de maneira a evitar a possível disseminação do coronavírus (COVID-19). Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64881-22.03.2020.html>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SÃO PAULO. Gestão Pública. Gestão qualifica as primeiras Organizações Sociais da área de Saúde. 2006. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/noticias/?p=13343>. Acesso em: 07 ago. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Especial de Comunicação. Hospital Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto amplia estrutura e número de leitos. 30 nov 2022. São Paulo. Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/hospital-prof-dr-alipio-correa-netto-amplia-estrutura-e-leitos>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Termo de Colaboração nº 13/2016 - Associação Cruz Azul de São Paulo. Objetivo: Apoio nas ações de saúde no município.

SÃO PAULO. (Estado). Secretaria da Justiça e Cidadania. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/conheca-o-instituto-de-medicina-social-e-de-criminologia-de-sp/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Lei nº 0 de 4 de abril de 1990. Lei Orgânica do Município de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 4 abr. 1990. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-0-de-04-de-abril-de-1990>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Lei nº 1 de 29 de Setembro de 1892. Dispõe sobre a organização do serviço de limpeza pública na cidade de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 29 set. 1892. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-1-de-29-de-setembro-de-1892>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Lei nº 5.869 de 27 de novembro de 1961. Desdobra a Secretaria de Higiene na Secretaria de Higiene e Saúde e Secretaria de Abastecimento, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 27 nov. 1961. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-5-869-de-27-de-novembro-de-1961>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Lei nº 12.546, de 7 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de equipamentos de segurança em estabelecimentos comerciais e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 7 jan. 1998. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-12-546-de-7-de-janeiro-de-1998>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 24 jan. 2006. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-14132-de-24-de-janeiro-de-2006>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 17.335 de 27 de março de 2020. Dispõe sobre autorização de medidas excepcionais no âmbito dos contratos administrativos de prestação de serviços, finanças públicas e outras medidas em face da situação de emergência e estado de calamidade pública decorrentes do coronavírus, no âmbito do Município de São Paulo. Diário Oficial do Município. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17335-de-27-de-marco-de-2020/detalhe>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Lei nº 17.542 de 22 de dezembro de 2020. Introduz alterações na Lei nº 14.132/06. Catálogo de Legislação Municipal, São Paulo, SP, 22 dez. 2020. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17542-de-22-de-dezembro-de-2020>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Gestão. Coordenação de Parcerias com o Terceiro Setor. Manual para qualificação como Organização Social. São Paulo, 2021. p. 23-25. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/gestao/arquivos/MANUAL%20DE%20QUALIFICACAO%20COMO%20OS%202021.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde.. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2010. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planomunicipaldesaude20102013\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planomunicipaldesaude20102013(1).pdf). Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2021_240822_versao_site.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. (Município). Secretaria Municipal de Gestão. Portaria nº 34 de 17 de abril de 2017. Regulamenta os procedimentos para operação do Cadastro Municipal Único de Entidades Parceiras do Terceiro Setor – CENTS. Catálogo de Legislação Municipal, São Paulo, SP, 17 abr. 2017. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-de-gestao-sm-g-34-de-17-de-abril-de-2017>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura amplia parceria com Beneficência Portuguesa para realização de cirurgia pediátrica. São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=268550>. Acesso em: 06 fev. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde inaugura novo Serviço Residencial Terapêutico. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=289807>. Acesso em: 30 set. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. 10. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2021.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. A Diretriz Constitucional de Participação Social no SUS. Coletânea de Direito à Saúde. CONNAS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_direito_saude_institucionalizacao_v1.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Contratualização no Sistema Único de Saúde. Monografia do V Curso de Especialização em Direito Sanitário do Instituto de Direito Sanitário Aplicado e Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa, 2018.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface (Botucatu, Online), v. 21, n. 60, p. 209-220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmKqRXnFJX6xfpk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SENADO FEDERAL. Agência do Senado. CPI da Pandemia: principais pontos do relatório. Senado Federal, Brasília, 20 out. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/20/cpi-da-pandemia-principais-pontos-do-relatorio>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SECONCI-SP. Histórico. Disponível em: <https://www.seconci-sp.org.br/historico>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Quem somos. Disponível em: <https://spdm.org.br/a-empresa/conheca-a-spdm/quem-somos/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SCHIMITT, Alcione Vicente. O Programa Nacional de Publicização (PNP). Revista JusNavigandi, Teresina, ano 11, n. 1187, 1 out. 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/214542/PGSS0229-D.pdf?isAllowed=y&sequence=-1>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SCHOLNK, Wilson. Avaliação da cultura e das práticas laboratoriais relacionadas à segurança do paciente. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2021. p. 20. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5146/tde-07062021-155802/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SAÚDE DA FAMÍLIA. Quem somos. Disponível em: https://www.saudedafamilia.org/_wp/index.php/pt/home/sobre-nos/quem-somos/. Acesso em: 02 nov. 2023.

SILVA, Vanessa Costa e, BARBOSA, Pedro Ribeiro, HORTALE, Virgínia Alonso. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1365–1376, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SILVA, José Afonso da. Aplicabilidade das Normas Constitucionais. 7.ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SONHAR ACONTECE. Histórico. Disponível em: <https://sonhareacontecer.org.br/historico>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO. Quem somos. Disponível em: <https://sbcdsaude.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SOUSA, Isabelle Cerqueira (Org.). Saúde Coletiva: Face a Face com a interdisciplinaridade. Ed. Atena, 2021. SOUZA, Rodrigo Tadeu de Puy e. Documentos médicos comentados. 1. ed. São Paulo: Lujur, 2021.

SOUSA, William Silva; CAMPOS, Juliana Bonomi Santos.. Accountability e mensuração de performance: a relação entre os municípios e o índice de efetividade de gestão municipal (IEG-M) através do estudo de caso dos serviços de saúde pública. Cadernos EBAPE-BR, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 161-177, mar. 2011. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/publicacoes/pibic/accountability-e-mensuracao-de-performance-relacao-entre-os-municipios-e-o-indice>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SOUSA, Paulo. MENDES, Walter. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Portal STF, Brasília. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.653.134 - SP (2015/0052008-4). Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?dt_publicacao=03%2F08%2F2020&num_registro=201902328183. Acesso em: 01 nov. 2023.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Superior Tribunal de Justiça. Consulta Processual. Portal Eletrônico. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Processos/Consulta-Processual>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. O Estado deve fornecer medicamento à base de canabidiol a paciente de São Paulo. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/saude/sao-paulo-libera-uso-de-canabidiol-para-doenca-s-epileticas/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. O presidente do STF determinou que a União forneça medicamentos para tratamento de uma criança com doença rara. Portal do STF, Brasília, 25 fev. 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=469575&ori=1>. Acesso em: 13 mar. 2023.

TARTAGLIA, Alexsandro; MATOS, Marcos Antonio Almeida. Second victim: after all, what is this? Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 18, p. eED5619, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206981/>. Acesso em: 02 nov. 2023.

TAVARES, André Ramos. Curso de direito constitucional. 18ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. Cad. Saúde Pública, 2004 20 sup. 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2023.

TRAVASSO, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tribunal de Justiça de São Paulo. Consulta de Julgamentos de 1º e de 2º Grau. Portal Eletrônico <https://esaj.tjsp.jus.br/cjpg/>.

TEIXEIRA, Maria Glória et al. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 126-144, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13166>. Acesso em: 02 nov. 2023.

THE JOINT COMMISSION, Division of Healthcare Improvement. Supporting second victims. Quick Safety, 2018. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/newsletters/quick-safety-issue-39-2017-second-victim-final3rev.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2023. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 02 nov. 2023.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. Inquérito da Atenção à saúde municipal. Campinas, 2020. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/acesus/municipios-pesquisados/campinas>. Acesso em: 01 nov. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Glossário. 2015. Disponível em: http://site.ufsm.br/ppgcp/images/docs/glossario_ppgcp_2015.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

UNA-SUS. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 13 mar. 2023.

VELOSO, Genival de França. Medicina Legal. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

VELOSO DE FRANÇA, Genival. Direito Médico. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. Ed.Atheneu Editora,5. Ed. 2018.

VIANNA, Felipe Benedito. O controle de Constitucionalidade finalístico. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-23112010-093321/publico/O_Contrôle_de_Constitucionalidade_Finalistico.pdf. Acesso em: 09 out. 2022.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social. In: LOBATO, L. de V. C.; FLEURY, S. (orgs.). Seguridade Social, Cidadania e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/Livro_Seguridade.pdf. Acesso em: 01 nov. 2023.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Op. cit. p. 15 In Fernando Galvão e Rogério Greco, Estrutura Jurídica do Crime. Belo Horizonte: Mandamentos.

APÊNDICE A

Processos abordados Vara Cível e Fazenda Pública

Organização	Processo	Inicial	Sentença	Indenização	Morte / Inabilidade
A.C. Monte Azul	1041038-76.2017.8.26.0002	12/09/2017	26/06/2019	*	*
A.C. Monte Azul	0036119-34.2019.8.26.0053	19/11/2019	22/10/2021	R\$ 11.789,74	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1038324-92.2014.8.26.0053	12/09/2014	26/10/2017	R\$ 60.000,00	*
A.P. Desenv. Medicina	1016545-81.2014.8.26.0053	28/04/2014	16/11/2017	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1013265-68.2015.8.26.0053	13/04/2015	02/10/2017	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	0009915-65.2010.8.26.0053	31/03/2010	11/05/2017	R\$ 150.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	0000756-25.2015.8.26.0053	05/03/2015	13/02/2017	R\$ 20.000,00	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1028901-11.2014.8.26.0053	16/07/2014	15/02/2018	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1003907-11.2017.8.26.0053	10/02/2017	25/11/2019	R\$ 20.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1037631-69.2018.8.26.0053	02/08/2018	02/12/2019	*	*
A.P. Desenv. Medicina	0005585-25.2010.8.26.0053	25/02/2010	12/12/2019	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1026302-22.2018.8.26.0001	19/09/2018	17/12/2019	*	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1027488-55.2017.8.26.0053	29/06/2017	03/09/2019	R\$ 300.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1036999-14.2016.8.26.0053	18/08/2016	08/06/2019	*	*
A.P. Desenv. Medicina	0048707-54.2011.8.26.0053	10/01/2012	31/07/2019	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1027885-51.2016.8.26.0053	28/06/2016	29/04/2019	R\$ 75.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1036270-85.2016.8.26.0053	15/08/2016	10/05/2019	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1032600-69.2014.8.26.0001	16/02/2017	15/02/2019	*	*
A.P. Desenv. Medicina	0045327-23.2011.8.26.0053	29/11/2011	19/03/2019	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1020993-58.2018.8.26.0053	26/04/2018	24/03/2020	*	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1008042-50.2016.8.26.0005	10/03/2016	20/08/2020	*	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1036335-51.2014.8.26.0053	01/09/2014	24/06/2020	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1025831-49.2015.8.26.0053	13/07/2015	17/04/2020	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1012395-24.2016.8.26.0009	17/05/2017	06/04/2020	R\$ 40.000,00	*
A.P. Desenv. Medicina	1027566-49.2017.8.26.0053	29/06/2017	13/05/2020	*	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1010622-07.2017.8.26.0009	20/10/2017	04/03/2020	R\$ 25.000,00	*
A.P. Desenv. Medicina	1046189-30.2018.8.26.0053	18/09/2018	05/11/2021	R\$ 50.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1025265-95.2018.8.26.0053	22/05/2018	25/11/2021	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1010600-06.2020.8.26.0053	02/03/2020	14/12/2021	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1064730-14.2018.8.26.0053	13/02/2019	16/07/2021	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1002754-70.2015.8.26.0001	28/09/2015	22/07/2021	R\$ 25.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1024001-14.2016.8.26.0053	31/05/2016	15/06/2021	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1023542-41.2018.8.26.0053	11/05/2018	10/06/2021	*	Inabilidade
A.P. Desenv. Medicina	1053836-08.2020.8.26.0053	29/10/2020	03/05/2021	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1013744-31.2017.8.26.0008	20/10/2017	29/01/2021	*	*
A.P. Desenv. Medicina	1024334-48.2018.8.26.0100	12/03/2018	21/10/2022	R\$ 40.000,00	INABILIDADE
A.P. Desenv. Medicina	0042833-25.2010.8.26.0053	18/11/2010	12/09/2022	*	INABILIDADE
A.P. Desenv. Medicina	1033273-90.2020.8.26.0053	13/07/2020	16/09/2022	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1045839-42.2018.8.26.0053	17/09/2018	07/10/2022	R\$ 18.180,00	*
A.P. Desenv. Medicina	1014925-97.2015.8.26.0053	27/04/2015	02/08/2022	R\$ 180.000,00	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1002974-38.2017.8.26.0053	02/02/2017	02/05/2022	*	Morte
A.P. Desenv. Medicina	1040222-04.2018.8.26.0053	13/09/2018	17/05/2022	*	Inabilidade

A.P. Desenvolva. Medicina	1018146-08.2019.8.26.0002	24/04/2019	20/05/2022	*	Inabilidade
A.P. Desenvolva. Medicina	1029236-16.2019.8.26.0001	17/10/2019	09/03/2022	*	Morte
A.P. Desenvolva. Medicina	1030764-90.2016.8.26.0001	21/11/2016	21/03/2022	*	Morte
A.P. Desenvolva. Medicina	1049033-16.2019.8.26.0053	16/09/2019	23/03/2022	*	Morte
A.P. Desenvolva. Medicina	1065338-41.2020.8.26.0053	19/12/2020	10/01/2022	R\$ 6.000,00	Inabilidade
A. Saúde da Família	1020813-76.2017.8.26.0053	19/05/2017	11/12/2018	*	Morte
A. Saúde da Família	1050025-79.2016.8.26.0053	07/11/2016	14/09/2018	*	*
A. Saúde da Família	1036435-64.2018.8.26.0053	26/07/2018	18/11/2020	*	Morte
A. Saúde da Família	1002379-39.2017.8.26.0053	31/01/2017	13/01/2022	R\$ 49.500,00	Morte
C.S. Santa Marcelina	1112526-93.2014.8.26.0100	10/11/2014	17/10/2017	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1005531-32.2016.8.26.0053	16/02/2016	18/08/2017	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1046430-43.2014.8.26.0053	06/11/2014	04/08/2017	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	0033720-76.2012.8.26.0053	24/07/2012	26/01/2017	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	0033519-97.2013.8.26.0005	23/08/2013	22/03/2017	R\$ 170.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1005290-58.2016.8.26.0053	15/02/2016	05/11/2018	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1017924-86.2016.8.26.0053	19/04/2016	02/10/2018	*	*
C.S. Santa Marcelina	1016957-82.2016.8.26.0007	11/08/2016	21/06/2018	*	*
C.S. Santa Marcelina	1024022-58.2014.8.26.0053	11/06/2014	28/03/2018	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	0017735-33.2013.8.26.0053	03/05/2013	11/05/2018	R\$ 300.000,00	Morte
C.S. Santa Marcelina	0015297-34.2013.8.26.0053	17/04/2013	22/06/2018	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1006936-74.2014.8.26.0053	24/02/2014	07/03/2018	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	0010938-25.2012.8.26.0005	04/04/2012	16/12/2019	R\$ 20.000,00	*
C.S. Santa Marcelina	1043109-29.2016.8.26.0053	27/09/2016	04/11/2019	R\$ 200.000,00	Morte
C.S. Santa Marcelina	1017092-60.2017.8.26.0007	11/08/2017	21/10/2019	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1003004-44.2015.8.26.0053	29/01/2015	24/09/2019	R\$ 300.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1017313-77.2016.8.26.0007	15/08/2016	26/08/2019	R\$ 60.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1026961-06.2017.8.26.0053	21/06/2017	19/07/2019	R\$ 90.000,00	Morte
C.S. Santa Marcelina	1020017-85.2017.8.26.0053	16/05/2017	26/06/2019	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1008131-55.2018.8.26.0053	22/02/2018	26/04/2019	*	*
C.S. Santa Marcelina	1001966-26.2017.8.26.0053	30/01/2017	07/05/2019	R\$ 35.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1010884-87.2015.8.26.0053	26/03/2015	07/05/2019	R\$ 90.000,00	Morte
C.S. Santa Marcelina	1054715-54.2016.8.26.0053	02/12/2016	28/03/2019	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1041183-47.2015.8.26.0053	09/10/2015	18/03/2019	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1014754-50.2016.8.26.0007	31/08/2016	12/03/2019	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1002607-55.2017.8.26.0007	11/02/2017	11/01/2019	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1012012-79.2014.8.26.0053	31/03/2014	17/01/2019	R\$ 35.000,00	Morte
C.S. Santa Marcelina	1019816-30.2016.8.26.0053	04/05/2016	09/09/2020	R\$ 150.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1031699-37.2017.8.26.0053	14/07/2017	07/08/2020	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1036947-18.2016.8.26.0053	18/08/2016	29/06/2020	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1002069-74.2017.8.26.0007	03/02/2017	24/06/2020	*	*
C.S. Santa Marcelina	1014369-83.2017.8.26.0002	10/05/2017	04/05/2020	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1033808-92.2015.8.26.0053	25/08/2015	02/04/2020	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1044323-89.2015.8.26.0053	09/05/2016	13/03/2020	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1000401-68.2017.8.26.0007	12/01/2017	23/01/2020	*	*
C.S. Santa Marcelina	1062058-96.2019.8.26.0053	11/11/2019	14/12/2021	R\$ 236.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1011210-54.2016.8.26.0007	03/06/2016	03/11/2021	*	Inabilidade

C.S. Santa Marcelina	1055479-06.2017.8.26.0053	21/11/2017	27/10/2021	R\$ 5.000,00	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1042469-21.2019.8.26.0053	15/08/2019	17/08/2021	R\$ 20.000,00	*
C.S. Santa Marcelina	1006196-22.2021.8.26.0005	23/04/2021	10/08/2021	*	*
C.S. Santa Marcelina	1061019-64.2019.8.26.0053	07/11/2019	29/11/2022	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1027439-43.2019.8.26.0053	30/05/2019	23/09/2022	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1053551-49.2019.8.26.0053	07/10/2019	15/07/2022	*	Morte
C.S. Santa Marcelina	1027828-98.2021.8.26.0007	18/11/2021	12/05/2022	*	*
C.S. Santa Marcelina	1035129-26.2019.8.26.0053	12/07/2019	25/03/2022	*	Inabilidade
C.S. Santa Marcelina	1006567-88.2018.8.26.0005	19/04/2018	03/03/2022	R\$ 20.000,00	*
C.E.P. João Amorim	0028095-95.2011.8.26.0053	03/08/2011	17/01/2017	R\$ 20.000,00	Inabilidade
C.E.P. João Amorim	1015610-75.2013.8.26.0053	17/02/2014	26/01/2017	R\$ 10.000,00	*
C.E.P. João Amorim	1021909-97.2015.8.26.0053	15/06/2015	14/12/2017	R\$ 20.000,00	*
C.E.P. João Amorim	1002059-57.2015.8.26.0053	23/01/2015	13/11/2018	*	*
C.E.P. João Amorim	0054239-72.2012.8.26.0053	23/11/2012	09/08/2018	*	Morte
C.E.P. João Amorim	1036559-81.2017.8.26.0053	09/08/2017	20/03/2018	R\$ 30.200,00	*
C.E.P. João Amorim	1034323-59.2017.8.26.0053	28/07/2017	26/02/2018	*	*
C.E.P. João Amorim	1004601-82.2014.8.26.0053	06/02/2014	19/11/2019	R\$ 80.000,00	Morte
C.E.P. João Amorim	1034570-74.2016.8.26.0053	04/08/2016	20/09/2019	*	Morte
C.E.P. João Amorim	1049039-57.2018.8.26.0053	02/10/2018	22/07/2019	*	*
C.E.P. João Amorim	1037444-88.2016.8.26.0002	23/09/2016	13/03/2019	R\$ 40.000,00	*
C.E.P. João Amorim	1012789-93.2016.8.26.0053	15/03/2016	04/02/2019	*	*
C.E.P. João Amorim	1025708-17.2016.8.26.0053	13/06/2016	01/09/2020	*	Inabilidade
C.E.P. João Amorim	1020397-45.2016.8.26.0053	05/05/2016	01/09/2020	*	Inabilidade
C.E.P. João Amorim	1014205-62.2017.8.26.0053	05/04/2017	24/08/2020	*	*
C.E.P. João Amorim	1051310-03.2015.8.26.0002	12/11/2015	03/07/2020	R\$ 25.000,00	Morte
C.E.P. João Amorim	1017046-81.2020.8.26.0002	31/03/2020	29/06/2020	R\$ 20.000,00	*
C.E.P. João Amorim	1039029-22.2016.8.26.0053	01/09/2016	01/06/2020	R\$ 200.000,00	Morte
C.E.P. João Amorim	1023552-22.2017.8.26.0053	31/05/2017	23/03/2020	R\$ 500.000,00	Sem dados
C.E.P. João Amorim	1024039-89.2017.8.26.0053	02/06/2017	17/03/2020	*	Morte
C.E.P. João Amorim	0019774-03.2013.8.26.0053	15/05/2013	04/02/2020	*	Morte
C.E.P. João Amorim	1009606-87.2018.8.26.0007	30/05/2018	10/11/2021	*	Inabilidade
C.E.P. João Amorim	1039205-30.2018.8.26.0053	10/08/2018	18/11/2021	*	Morte
C.E.P. João Amorim	1045883-61.2018.8.26.0053	23/01/2019	23/08/2021	*	Morte
C.E.P. João Amorim	1048013-63.2014.8.26.0053	13/11/2014	03/05/2021	*	Inabilidade
C.E.P. João Amorim	1007396-22.2018.8.26.0053	19/02/2018	26/04/2021	R\$ 40.000,00	*
C.E.P. João Amorim	1022861-30.2018.8.26.0002	10/05/2018	25/03/2021	*	*
C.E.P. João Amorim	1018356-25.2020.8.26.0002	17/04/2020	19/02/2021	*	*
C.E.P. João Amorim	1040835-87.2019.8.26.0053	08/08/2019	07/12/2022	*	*
C.E.P. João Amorim	1063700-70.2020.8.26.0053	15/12/2020	11/11/2022	*	Inabilidade
C.E.P. João Amorim	1044259-74.2018.8.26.0053	06/09/2018	13/04/2022	R\$ 200.000,00	Morte
C.E.P. João Amorim	1006584-09.2020.8.26.0053	11/02/2020	08/03/2022	*	*
C.R.O Promoção Humana	1025188-52.2019.8.26.0053	20/05/2019	27/11/2021	R\$ 60.000,00	*
Fundação do Abc	1003820-57.2021.8.26.0007	02/03/2021	30/09/2021	*	*
Fundação do Abc	1044997-62.2018.8.26.0053	12/09/2018	14/09/2021	*	Morte
I.R.S Sírio Libanês	1031229-74.2015.8.26.0053	10/08/2015	18/08/2020	*	Morte
I.R.S Sírio Libanês	1032689-62.2016.8.26.0053	25/07/2016	11/02/2020	*	Morte

I.R.S SÍrio Libanês	1005864-76.2019.8.26.0053	12/02/2019	04/11/2021	*	Inabilidade
I.R.S SÍrio Libanês	1007628-34.2018.8.26.0053	20/02/2018	08/04/2021	R\$ 100.000,00	Morte
I.R.S SÍrio Libanês	1004383-54.2014.8.26.0053	12/02/2014	03/07/2022	*	Inabilidade
I.Santa Casa de Misericórdia	1004737-79.2014.8.26.0053	13/02/2014	26/10/2017	*	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	0057441-57.2012.8.26.0053	11/12/2012	16/01/2017	*	Inabilidade
I.Santa Casa de Misericórdia	1023571-24.2016.8.26.0001	17/11/2016	21/07/2018	*	*
I.Santa Casa de Misericórdia	0024710-33.2013.8.26.0001	05/06/2013	20/08/2018	*	Inabilidade
I.Santa Casa de Misericórdia	1036752-04.2014.8.26.0053	03/09/2014	04/11/2018	*	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	0045963-48.2011.8.26.0001	24/11/2011	29/03/2017	R\$ 200.000,00	Inabilidade
I.Santa Casa de Misericórdia	1003324-60.2016.8.26.0053	01/02/2016	05/04/2017	R\$ 30.000,00	Inabilidade
I.Santa Casa de Misericórdia	0047049-58.2012.8.26.0053	04/10/2012	19/02/2019	*	Inabilidade
I.Santa Casa de Misericórdia	1002187-34.2018.8.26.0001	31/01/2018	26/09/2019	*	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	0036701-78.2012.8.26.0053	09/08/2012	27/11/2019	R\$ 50.000,00	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	1027978-43.2018.8.26.0053	07/06/2018	02/12/2019	R\$ 100.000,00	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	1041120-57.2016.8.26.0224	31/03/2017	05/05/2020	*	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	1054870-23.2017.8.26.0053	17/11/2017	02/10/2020	*	*
I.Santa Casa de Misericórdia	1026757-84.2018.8.26.0001	21/09/2018	18/02/2021	*	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	1043213-84.2017.8.26.0053	20/09/2017	25/10/2021	R\$ 20.000,00	*
I.Santa Casa de Misericórdia	1053342-51.2017.8.26.0053	10/11/2017	18/01/2022	R\$ 24.208,80	*
I.Santa Casa de Misericórdia	1016154-53.2019.8.26.0053	04/04/2019	23/08/2022	*	Morte
I.Santa Casa de Misericórdia	0021190-30.2018.8.26.0053	20/09/2018	24/10/2022	*	Inabilidade
S.S.Construção Civil	1003831-22.2017.8.26.0009	06/07/2017	02/04/2018	*	Inabilidade
S.B.I.B Albert Einstein	1006929-38.2017.8.26.0066	12/07/2017	28/01/2019	*	*
S.B.I.B Albert Einstein	1038935-67.2015.8.26.0002	28/08/2015	07/05/2019	R\$ 25.000,00	Inabilidade
S.B.I.B Albert Einstein	1056410-43.2016.8.26.0053	14/12/2016	24/05/2019	*	Inabilidade
S.B.I.B Albert Einstein	1019701-67.2020.8.26.0053	15/04/2020	21/11/2021	*	*
S.B.I.B Albert Einstein	1061394-58.2018.8.26.0002	05/12/2018	22/10/2021	*	Morte
S.B.I.B Albert Einstein	1021572-40.2017.8.26.0053	18/05/2017	02/10/2021	*	Morte
S.B.I.B Albert Einstein	1017075-75.2020.8.26.0053	12/06/2020	22/09/2021	R\$ 70.000,00	Inabilidade
S.B.I.B Albert Einstein	1024165-42.2017.8.26.0053	06/06/2017	03/08/2022	*	Inabilidade
S.B.I.B Albert Einstein	1069790-31.2019.8.26.0053	13/12/2019	07/02/2022	*	*

APÊNDICE B

Recursos abordados Superior Tribunal de Justiça

Organização	Número do Recurso	Remessa	Acórdão	Decisão
A.P. Desenvolva. Medicina	AREsp nº 1599824	10/9/2019	27/11/2019	Procedente
A.P. Desenvolva. Medicina	AREsp nº 1808994	11/6/2020	14/06/2021	Procedente
A.P. Desenvolva. Medicina	AREsp nº 1751429	9/2/2020	11/10/2021	Procedente
A.P. Desenvolva. Medicina	AREsp nº 2000150	2/8/2022	16/08/2022	Procedente
A.P. Desenvolva. Medicina	AREsp nº 2069050	2/10/2022	01/04/2022	Improcedente
A.P. Desenvolva. Medicina	AREsp nº 2170697	7/15/2022	29/08/2022	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 2045537	12/16/2021	20/07/2022	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 1648141	1/17/2020	10/03/2020	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 2058616	1/27/2022	29/08/2022	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 2124237	5/10/2022	17/10/2022	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 1969637	8/9/2021	06/12/2021	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 1995832	1/18/2019	20/03/2019	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 1434929	9/23/2021	10/11/2021	Improcedente
C.S. Santa Marcelina	AREsp nº 1816432	1/11/2021	30/05/2022	Improcedente
C.E.P. João Amorim	AREsp nº 1909316	6/1/2021	04/10/2021	Improcedente
C.E.P. João Amorim	AREsp nº 2051383	1/13/2022	02/05/2022	Improcedente
I.Santa Casa de Misericórdia	1004737-79.2014.8.26.0053	Remetido ao Supremo Tribunal Federal		
I.Santa Casa de Misericórdia	AREsp nº 1459357	2/26/2019	27/09/2021	Improcedente
I.Santa Casa de Misericórdia	AREsp nº 1942902	7/16/2021	07/10/2022	Improcedente
I.Santa Casa de Misericórdia	AREsp nº 1981470	9/1/2021	21/10/2021	Improcedente
S.B.I.B Albert Einstein	AREsp nº 1784626	10/23/2020	03/12/2020	Improcedente