



MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE
RORAIMA ENTRE 2015 E 2018 E SEUS IMPACTOS NO ORÇAMENTO DO PODER
EXECUTIVO ESTADUAL**

BRUNO LIANDRO PRAIA MARTINS

BRASÍLIA – DF

2020

BRUNO LIANDRO PRAIA MARTINS

**A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE
RORAIMA ENTRE 2015 E 2018 E SEUS IMPACTOS NO ORÇAMENTO DO PODER
EXECUTIVO ESTADUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública da Escola de Administração do Instituto Brasiliense de Direito Público, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Doutor Pedro Lucas de Moura Palotti
Escola de Administração de Brasília - Instituto Brasiliense de Direito Público
Orientador

Professora Doutora Luciana Silva Garcia
Escola de Administração de Brasília - Instituto Brasiliense de Direito Público
Examinador Interno

Professor Doutor Milton de Souza Mendonça Sobrinho
Escola de Direito de Brasília - Instituto Brasiliense de Direito Público
Examinador Externo

BRASÍLIA – DF

2020

Dedicatória

À minha mãe, Claudete da Silva Praia, para que colha os frutos do que plantou com amor e dedicação na minha criação.

Ao meu filho Bruno Liandro Praia Martins II, para que seja guiado pelos bons exemplos de sua família.

AGRADECIMENTOS

A fonte de toda inspiração do ser humano, a permissão para cada realização e a força para seguir em frente em cada obstáculo vem de Deus, e por isso, o maior agradecimento desta pesquisa vai à Ele, que com sua infinita sabedoria me abriu as portas corretas nos momentos exatos, e colocou as pessoas certas no meu caminho para me guiarem em bons propósitos.

Nada disso estaria ocorrendo se Deus não tivesse me abençoado com uma mãe maravilhosa, a Sra. Claudete da Silva Praia, a quem agradeço não apenas pelo que fez por mim durante toda minha vida, mas pelos bons exemplos que me inspiram.

No decorrer deste trabalho, muitas coisas aconteceram, por muitas vezes a desistência pareceu ser o caminho mais prático, no entanto, não existe grande homem, sem uma grande mulher, por isso também agradeço à minha esposa Brunna Katherine Santos Silva, por sua dedicação, paciência e incentivo na busca deste sonho e também por ter me presenteado com o nosso amado filho Bruno Liandro Praia Martins II, a quem também agradeço por me motivar em cada olhar e cada sorriso.

Não poderia deixar de agradecer a cada amigo que me deu uma palavra de incentivo, cada um que sonhou isso junto comigo, em especial a querida amiga Ayana Dantas de Medeiros que fez com que as cansativas viagens à Brasília se tornasse menos exaustiva e mais divertidas com nossos encontros no karaokê Casa Nova.

Por fim, os agradecimentos vão a todos os professores que abriram minha mente e me fascinaram ainda mais pela gestão pública mostrando que o Brasil “tem jeito”, em especial ao meu orientador Professor Doutor Pedro Lucas de Moura Palotti, pela sua paciência, dedicação e sua imensa capacidade de transformar desafios em soluções com muita empatia e profissionalismo.

“As raízes dos estudos são amargas, mas seus frutos são doces.”

Aristóteles

RESUMO

A judicialização da saúde é uma questão contemporânea intensificada pelo fenômeno da implantação generalizada pelo sistema de processos digitais e ampliação das formas de acesso ao Poder judiciário. A Constituição Federal da República do Brasil, a qual prevê o fornecimento de saúde universal ao cidadão como obrigação primária do Estado, na prática fornece uma permissão para que o cidadão ao se verificar impedido de obter o tratamento ou medicamento que necessita busque o Poder judiciário como a forma de obtê-lo. Nesse sentido, buscou-se na pesquisa de dados oriundos do Governo do Estado de Roraima e do próprio Poder judiciário estadual a verificação dos impactos das sentenças exaradas localmente sobre o financiamento do sistema de saúde estadual e sobre o próprio fornecimento dos serviços de saúde, bem como determinar a consonância dos julgados com a jurisprudência nacional. Por intermédio da coleta de no sistema processual digital de processos (PROJUDI) utilizado universalmente no Estado de Roraima, poiniciados entre 2015 e 2018 e nas prestações de contas e relatórios emitidos pelo governo do Estado de Roraima nesse mesmo período, buscou-se verificar se houve impacto efetivo que prejudicou o fornecimento dos serviços e as razões para o aumento sem precedentes de processos verificado em 2018. Dessa forma pretendeu-se com a presente dissertação apresentar a busca do cidadão pela tutela do judiciário para acesso aos serviços de saúde oferecidos (ou que deveriam ser) pelo Executivo do Estado de Roraima, num recorte entre 2015 e 2018, apresentando a natureza das ações, seus custos e o impacto no orçamento, para então desenhar modelos de políticas para minimizar o problema.

Palavra-chave: Saúde. Estado. SUS. Processos. Judiciário. Roraima

ABSTRACT

The judicialization of health is a contemporary issue intensified by the national phenomenon of the due process digital system which is responsible for the expansion of access to the judiciary by the citizens. The Federal Constitution of the Republic of Brazil, which determines universal health care to all people as the primary obligation of the State, in practice provides a permit to citizens that are eventually prevented from obtaining the treatment or medication, to seek the judiciary power as a way of getting it. In this regard, the data search from the State Government of Roraima and the state judiciary itself sought to verify the impacts of the judgments made locally on the financing of the state health system and on the provision of state health services, as well as determine the alignment of the the judged with the higher Courts and national jurisprudence. Based on data collected in the digital procedural system of due process initiated between 2015 and 2018 and in the rendering of accounts and reports issued by the government of the State of Roraima in the same period, we sought to verify if there was an effective impact that hindered the provision of services and the reasons for the unprecedented increase in lawsuits verified in 2018. Thus, this dissertation intends to present the citizen's search for the protection of the judiciary for access to the health services offered (or that should be offered) by the State of Roraima, in a cut between 2015 and 2018, presenting the nature of the actions, their costs and the impact on the budget, and then proposing policy models to minimize the problem.

Keywords: Health. State. SUS. Lawsuits. Judiciary. Roraima

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pronto socorro e posto médico em Roraima na década de 1940	22
Figura 2- Unidade de atendimento de saúde volante em Roraima	26
Figura 3 - Posto de Saúde em Caracará em 1958	27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Classificação de instituições hospitalares	31
Tabela 2 Número de leitos disponíveis no interior do Estado de Roraima em 2020	40
Tabela 3 - Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2015 e 2018.....	40
Tabela 4 Distribuição de UBS e capacidade de atendimento por número de habitantes.....	41
Tabela 5 Unidades hospitalares do Interior do Estado	42
Tabela 6 - Estoque almoxarifado materiais de saúde em 2015	55
Tabela 7 - Estoque almoxarifado materiais de saúde em 2017	56
Tabela 8 - Numero de atendimento a estrangeiros no HGR entre 2015 a 2018	83
Tabela 9 - Procedimentos hospitalares 2015 e 2016	111
Tabela 10 - Procedimentos ambulatoriais realizados realizados em Boa Vista entre 2015 e 2016	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Processos na temática saúde 2015-2018	64
Gráfico 2 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2015	65
Gráfico 3 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2016	65
Gráfico 4 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2017	66
Gráfico 5 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2018	66
Gráfico 6 - Distribuição temática de processos de saúde por patrono em números absolutos	69
Gráfico 7 - Pleitos judiciais classificados por grupos de pedidos durante o período 2015-2018.....	71
Gráfico 8 - Pedidos realizados no ano de 2015 divididos por objeto do pleito judicial	72
Gráfico 9 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2015	73
Gráfico 10 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2015	74
Gráfico 11 - Pedidos realizados no ano de 2016 divididos por objeto do pleito judicial	76
Gráfico 12 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2016	77
Gráfico 13 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2016	78
Gráfico 14 - Pedidos realizados no ano de 2017 divididos por objeto do pleito judicial	79
Gráfico 15 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2017	81
Gráfico 16 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2017	81

Gráfico 17 - Pedidos de TFD para exames x Pedidos de exames com disponibilidade local em 2017.....	82
Gráfico 18 - Pedidos realizados no ano de 2018 divididos por objeto do pleito judicial	83
Gráfico 19 - Processos por erro médico em 2018.....	84
Gráfico 20 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2018	85
Gráfico 21 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2018	87
Gráfico 22 - Número de pedidos liminares em 2015.....	88
Gráfico 23 - Liminares deferidas em 2015	89
Gráfico 24 - Natureza das liminares concedidas em 2015	89
Gráfico 25 - Cumprimento das liminares concedidas em 2015.....	90
Gráfico 26 - Consequência do descumprimento das liminares em 2015.....	91
Gráfico 27 - Deferimento das liminares em 2016	92
Gráfico 28 - Liminares cumpridas pelo Estado de Roraima em 2016.....	93
Gráfico 29 – Natureza das tutelas de urgência concedidas em 2016.....	94
Gráfico 30 - Consequência do descumprimento das tutelas de urgência concedidas e não cumpridas	95
Gráfico 31 - Cumprimento das tutelas de urgências pelo Estado de Roraima em 2017	96
Gráfico 32 - Consequência do descumprimento das tutelas de urgência em 2017	97
Gráfico 33 - Pedidos de tutela de urgência em 2018	99
Gráfico 34 - Deferimento das tutelas de urgência em 2018	100
Gráfico 35 - Cumprimento das tutelas de urgência deferidas em 2018 pelo Estado de Roraima.....	101
Gráfico 36 - Consequências do descumprimento das liminares em 2018	102
Gráfico 37 - Natureza das sentenças conforme a sua análise pelo juízo no período pesquisado	103
Gráfico 38 - Repercussão financeiras das sentenças e bloqueios judiciais durante o período pesquisado	104
Gráfico 39 - Repercussão financeira das sentenças e bloqueios judiciais, com exclusão do processo MPE X ESTADO	105

Gráfico 40 - Efetividade da judicialização no atendimento das demandas de saúde contra o Estado de Roraima.....	106
Gráfico 41 - Recursos para o TJ/RR no período pesquisado.....	108
Gráfico 42 - Efetividade dos recursos protocolados no julgamento de 2º grau...	109
Gráfico 43 - Dispêndio com honorários e multas.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONASS – Conselho Nacional dos Secretarios de Saúde

CRM – Conselho Regional de Medicina

CS – Centro de saúde

DAMI - Divisão Assistencial da Maternidade e Infância

DPE/RR – Defensoria Pública do Estado de Roraima

EVS – Equipe volante de saúde

FGV – Fundação Getúlio Vargas

HGR – Hospital Geral de Roraima

HMINS – Hospital Materno-infantil Nossa Senhora de Nazaré

ICMS – Imposto sobre a circulação de mercadorias e serviços

IPTU – Imposto predial e territorial urbano

IPVA – Imposto sobre a propriedade de veículos automotores

ISSQN – Imposto sobre serviços de qualquer natureza

ITBI – Imposto de transmissão de bens inter vivos

ITR – imposto de territorial rural

MPE/RR – Ministério Público do Estado de Roraima

PROJUDI – Processo Judicial digital

PS – Posto de saúde

RENASES – Relação nacional de ações e serviços de saúde

SESAU – Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Roraima

SUS – Sistema único de saúde

TFD – Tratamento fora do domicílio

UM – Unidade mista

Sumário

1	INTRODUÇÃO	15
2	RORAIMA E O SISTEMA DE SAÚDE EXISTENTE NO ESTADO.....	23
2.1	A história do sistema de saúde roraimense	23
2.2	Da organização da estrutura de saúde de acordo com a legislação vigente	31
2.3	Da estrutura de saúde do Estado de Roraima	39
3	A SAÚDE PÚBLICA SOB O PONTO DE VISTA TEÓRICO E JURÍDICO NACIONAL	45
3.1	O direito a saúde sob o ponto de vista jurídico	45
3.2	Posicionamento do STJ e STF quanto a fornecimento de serviços pelo SUS	48
3.3	Segurança de dados	Erro! Indicador não definido.
3.4	Orçamento estadual e alocação de recursos da Saúde no Estado de Roraima entre 2015 a 2018	54
4	A JUDICIALIZAÇÃO NO ESTADO DE RORAIMA	60
4.1	Processos com maior incidência temática no Estado de Roraima por patrono ...	63
4.2	Análise de dados quanto aos procedimentos e tratamentos buscados pelos pacientes	70
4.3	Análise quanto ao deferimento de pedidos judiciais e custos para administração pública	87
4.3.1	Quanto aos pedidos liminares	88
4.3.2	Quanto as sentenças	103
4.4	Processos na segunda instância e a jurisprudência do Tribunal de Justiça	107
4.5	Atendimentos existentes e realizados no Estado e efetivação das políticas públicas	110
5	CONCLUSÃO	114
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

1 INTRODUÇÃO

O direito a saúde é previsto no caput e inciso IV do art. 6º da Constituição Federal (BRASIL, 2020), como um direito social, constituindo, portanto, parte do rol de direitos fundamentais. Conforme posicionamento majoritário da doutrina, chefiada por Manoel Gonçalves Ferreira Filho e pelo Supremo Tribunal Federal, todos os direitos fundamentais assegurados constitucionalmente são cláusulas pétreas e como tal fazem parte do *core* jurídico imutável, fundando a ordem constitucional brasileira e sendo. Logo, o direito a saúde é reconhecidamente uma cláusula pétrea constitucional.

Dessa forma, o art. 194 da Constituição (BRASIL, 2020) que cria o sistema de seguridade social brasileira é a efetivação legislativa do direito a saúde assegurado a todos constitucionalmente e seus princípios fazem parte da materialização desse direito o qual deve ser assegurado a todos de forma universal, uniforme e com caráter democrático, de forma descentralizada. Nesse sentido, temos que, garantido o acesso a saúde a todos, cabe ao Poder executivo determinar como será proporcionado os serviços de saúde e a quem cabe essa responsabilidade.

O art. 23 da Constituição Federal, em seu inciso II (BRASIL, 2020) determina a competência compartilhada para cuidar da assistência pública e da saúde da população. De maneira que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, de forma descentralizada com divisão das responsabilidades e competências entre os entes do Poder executivo. Assim, Estados com auxílio financeiro e cooperação técnica da União prestar serviços de saúde à população e Municípios com auxílio financeiro e cooperação técnica da União e dos Estados.

A responsabilidade estatal pela prestação dos serviços de saúde, bem como a determinação que a saúde é um direito fundamental é reforçada pelo art. 2º da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 2020), a qual dispõe sobre a forma de prestação de serviços de saúde no Brasil, determinando que o Estado deve não apenas formular e executar políticas públicas, mas também estabelecer condições de acesso aos serviços de saúde:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Temos, assim que caberia ao Poder executivo de forma primária garantir o acesso e o tratamento dos cidadãos brasileiros por intermédio do Sistema único de saúde (SUS). O SUS, por seu turno, é conceituado como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por

instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder público” (BRASIL, 2020)

A Lei nº 8080/1990 define em detalhes as competências federais, estaduais e municipais e as atribuições de cada ente no desenvolvimento de políticas públicas de saúde e as ações envolvidas. No caso, de maneira geral é possível dizer que ao município cabe a atenção a saúde básica, ao Estado incumbe serviços de medicina especializada e urgência e emergência e ao governo federal incumbe o fornecimento de fundos para medicamento e tratamentos e serviços de alta complexidade (BRASIL, 2020)

Ainda assim, por mais complexo e completo que o sistema de saúde brasileiro seja, é preciso reconhecer a tarefa hercúlea de garantir acesso a médicos, medicamentos e tratamentos de forma universal a 210 milhões de brasileiros e a grande massa de mais de 700 mil imigrantes existentes no país, já que a universalidade implica não apenas o atendimento ao brasileiro, mas o estrangeiro que se encontra no país, seja na condição de residente, seja na condição de visitante (CAVALCANTI, 2019; IBGE, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Há, portanto, uma equação ainda não totalmente respondida, como atender a todos que necessitam de atendimento de saúde com o menor tempo de espera e com qualidade e efetividade necessária para garantir o funcionamento do sistema em um patamar de qualidade? Deve o SUS arcar com o tratamento de doenças complexas e com tratamento custoso as quais não tem alta incidência na população brasileira?

O SUS tem financiamento tripartite determinado pelo art. 36 da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 2020):

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Os municípios custeiam o sistema de saúde com alocação obrigatória de 15% dos recursos originários dos impostos municipais (IPTU, ISSQN, ITBI) e da participação municipal nos rendimentos dos impostos federais de renda e ITR e dos impostos estaduais IPVA e ICMS e do Fundo de Participação do Município (BRASIL, 2020).

O Estados, por seu turno, são obrigados a alocar ao menos 12% dos recursos obtidos com ICMS, transmissão causa mortis e doação e IPVA, participação do estado nos rendimentos dos impostos federais de renda e outros impostos federais e do fundo de participação do Estado (BRASIL, 2020; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Por fim, a União segue regra de investimentos diverso, segundo a qual é obrigada a investir no ano seguinte o montante de execução financeira do ano anterior, ou seja, o orçamento é o valor que foi gasto efetivamente com saúde no exercício anterior corrigido pelo IPCA, sendo essa uma disposição trazida em 2016 pela emenda do teto dos gastos públicos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Nesse sentido, tem-se notado um aumento crescente do valor a ser investido por estados e municípios na saúde, tendo em vista o aumento da arrecadação que tem ocorrido desde 2015 e que tem se mantido desde então, mas que tem se mostrado insuficiente para proporcionar todas as melhorias necessárias ao sistema para acompanhar o crescimento populacional dos estados e dos municípios e uma redução constante do orçamento da União para a saúde, o qual tem se embasado nos anos anteriores, causando uma redução pequena mas progressiva do orçamento da União para saúde.

Essa divergência entre orçamento, investimento e atendimento de forma eficiente à população é considerada para os efeitos da presente dissertação a causa da judicialização da saúde por pessoas físicas e jurídicas no Estado Brasileiro. A impossibilidade de que o Estado forneça todos os recursos imagináveis e existentes em saúde para todos os cidadãos de forma universal contraposta a obrigação constitucional de fornecer e garantir a saúde a todos os indivíduos que a buscarem é a causa do fenômeno que daqui em diante será chamado de judicialização da saúde.

Judicialização, segundo Mansur (2016, p.1) é o “fenômeno mundial por meio do qual importantes questões políticas, sociais e morais são resolvidas pelo Poder Judiciário ao invés de serem solucionadas pelo poder competente”. Logo, judicializar uma questão significa peticionar ao judiciário para que esse poder emita decisão que resolva questão de política pública que deveria ou poderia ter sido solucionada, principalmente pelo Poder Executivo.

A judicialização, pura e simples por seu turno, pode se dar no âmbito da saúde, da segurança, da infraestrutura, no âmbito eleitoral, político, da seguridade e dos direitos dos servidores públicos, ou seja, em todos os âmbitos em que o poder público deveria se autoregular e determinar regras, mas não o faz ou não o faz conforme as expectativas dos demandantes.

Nesse sentido, temos assistido a um aumento progressivo da judicialização em questões de saúde, a qual se deve principalmente a forma como o Poder judiciário brasileiro foi estruturado pela Constituição Federal de 1988. O art. 5º, inciso XXXV da Constituição Federal de 1988 prescreve que nenhuma lesão ou ameaça a direito será excluída da apreciação do Poder

Judiciário. Assim, temos que o cidadão frente a potenciais ameaças a seu direito constitucional pode peticionar ao Judiciário buscando obter seu pleito e esse pleito necessariamente será apreciado.

No Brasil, em razão do já mencionado direito a saúde universal, em que há compromisso da ordem constitucional para o fornecimento de tratamento e prevenção de doenças a todas as pessoas, bem como em razão do princípio da inafastabilidade de jurisdição, as pessoas tem direito a ter suas requisições relacionadas ao acesso a medicamentos, produtos para a saúde, cirurgias, leitos de UTI, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado, obrigatoriamente analisados pelo poder judiciário (MARQUES, 2008; VENTURA *et al.*, 2010).

Campilongo (2011) leciona que no Estado brasileiro a função exercida pelo Poder executivo e as funções exercidas pelo Poder judiciário são infungíveis e possuem seu próprio sistema complexo de regras, procedimentos e possibilidades de reação diante das demandas que deve atender. O autor defende que se por um lado a função do governo estatal é tomar decisões que vinculam toda a coletividade, a função do judiciário é a de garantir as expectativas normativas.

É o sistema político, o governo, que fornece as premissas para as decisões jurídicas e é o sistema judiciário que garante os direitos criados pelo governo por meio de leis e instrumentos de reforço da eficácia das leis. No sistema brasileiro atual, por seu turno, o judiciário tem assumido crescente papel de legitimador das decisões políticas (CAMPILONGO, 2011).

No caso específico do estado brasileiro, qualquer pessoa natural tem direito a ter suas petições analisadas pelo Poder judiciário sobre qualquer tema de seus interesses, isso significa que as petições relacionadas a saúde são apreciadas de forma corriqueira pelo Poder judiciário. Assim, pode ocorrer a intervenção do judiciário no âmbito político, reduzindo a diferenciação entre os poderes (CAMPILONGO, 2011)

A competência para apreciação das demandas relacionadas aos serviços de saúde aos cidadãos de maneira geral, tanto no que se refere a serviços de competência municipal quanto estadual é do Poder judiciário estadual, tendo em vista a natureza descentralizada de prestação do serviço de saúde onde os Estados e o Municípios são encarregados de despender os fundos federais e orçamento estadual e municipal reservado para realizar o atendimento de

saúde, embora praticamente a totalidade dos fundos para adquirir medicamento venha do governo federal (CRUZ, 2015).

Roraima, porém, se encontra em uma situação particular devido a existência de áreas indígenas no Estado e de que inúmeras etnias estão espalhadas pelo território. Nesse caso, a responsabilidade pelos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas e por garantir o acesso aos mesmos é da União, por meio do governo federal, havendo inclusive estrutura própria federal para atender aos indígenas. Nesse caso, portanto, temos que em ações que versem sobre a prestação de serviços de saúde a população indígena a competência para resolução é da justiça federal.

A pesquisa para a presente dissertação ocorreu por meio da utilização de metodologias múltiplas. Para a elaboração do primeiro capítulo utilizou-se principalmente a revisão bibliográfica, visando fornecer uma visão ampla do histórico relativamente recente da saúde do Estado com a ampliação progressiva dos serviços de saúde. Em seguida, para elaborar o segundo subtópico foram utilizados principalmente dados estatísticos por meio de consultas aos sítios eletrônicos do IBGE, DATASUS, Governo do Estado de Roraima e Prefeitura Municipal de Boa Vista, pois o objetivo do tópico era trazer informações essenciais sobre a estrutura existente no Estado como um todo, visando determinar a existência ou inexistência de uma estrutura que possibilita o atendimento holístico de um indivíduo em qualquer situação.

Para elaboração do segundo capítulo deu-se continuidade a utilização e busca de dados estatísticos visando a dar uma visão do sistema de saúde local pelo ponto de vista do tratamento e da doença e da assistência oferecida. Os outros dois subtópicos do capítulo partem de uma abordagem diversa, que foca principalmente no dispêndio, realizando-se para tanto uma pesquisa documental nos orçamentos municipais e estaduais e no dispêndio, principalmente por meio de acesso ao portal da transparência, mas também por meio de acesso *in loco* a documentos quanto aos gastos, obtidos por meio de ofícios enviados as secretarias e aos principais hospitais.

O terceiro capítulo tem como foco exclusivo a questão da judicialização no Estado realizando-se pesquisa no sistema PROJUDI, utilizado pela Justiça Estadual de Roraima e para verificação de eventuais processos que reiviniquem atendimentos e tratamentos para indígenas verificou-se o PJE, utilizado no âmbito da justiça federal, com auxílio de assistentes e colaboração dos juízes para obtenção dos dados necessários. As planilhas e quadros foram elaborados com base nos dados obtidos.

O quarto e último capítulo é a parte analítica da presente dissertação. Após a investigação a fundo da saúde, da sua estrutura, da histórica da saúde, do orçamento e gastos com saúde, bem como verificação das principais temáticas levadas ao conhecimento judicial e principais pedidos verifica-se como essas demandas tem afetado o orçamento do Estado e o dispêndio e até prejudicado o investimento em ampliação da rede de saúde local. Trata-se de capítulo de análise de todos os dados obtidos de uma forma expor um ponto de vista e como a situação tem sido enfrentada no cotidiano pelos poderes públicos.

A análise de um sistema e sua aplicabilidade é uma das formas mais antigas de avaliação. Ao ponderar como determinada forma, criada no plano das ideias, se materializa é possível alcançar um objetivo duplo: verificar a eficácia do sistema existente, oportunizar o reconhecimento e análise de suas falhas. A consequência de tal análise, por seu turno, gerará apenas uma consequência, a melhoria, ou seja, a evolução para um próximo estágio de maior eficiência.

Em Roraima, como em todo o Brasil, os cidadãos se acumulam em estrondosas filas nos hospitais, seja para um simples atendimento, marcação de cirurgia, procedimentos especializados, consultas, entre outros, ou mesmo na fila dos processos judiciais, cerne desse estudo. Assim, esgotadas as tentativas de o cidadão encontrar a resolução do seu problema pela rede pública de saúde, encontra na justiça o acolhimento necessário para a efetiva prestação do serviço. Diante disso, nos cabe a discussão quanto a solução desse desvio de direção, para que o cidadão retorne a encontrar diretamente no seio do Poder Executivo a prestação dos serviços de saúde.

Cabe ainda uma análise quanto aos prejuízos causados pela judicialização efetiva, especialmente quando se trata de demandas por medicamentos sem eficácia comprovada e tratamentos ainda sem confirmação científica, levando o Estado a dispendir grandes valores em possíveis tratamentos que não beneficiam o demandante judicial e ainda desviam recursos da saúde.

Para considerarmos a universalidade constitucional do acesso aos serviços de saúde prestados pelo Estado em sua integralidade, devemos antes evidenciar as causas impeditivas para a plenitude do gozo desse direito por todos. No entanto, para se considerar a plenitude do acesso à saúde, é necessário que se avalie as barreiras que podem ser impeditivas para a constituição integral desse direito, dentre essas a facilidade de acesso ao judiciário para ações muitas vezes sem mérito ou benefício efetivo, na busca de tratamento excessivamente individualizados ou sem comprovação científica.

O presente estudo analisa relevância da busca pelo acesso à saúde por meio do Poder Judiciário do Estado de Roraima. O binômio das garantias constitucionais de acesso à saúde *versus* a reserva do possível na implementação efetiva dos serviços pelo Estado, ante as circunstâncias políticas, orçamentárias e de crise migratória e dificuldades de logística, cominou na submissão dos referidos direitos ao crivo do Poder Judiciário para sua efetivação.

Cabe destacar, que o ente federativo objeto do presente estudo compreende um Estado com difícil acesso por estradas, ligado tão somente ao Amazonas por meio da BR-174, com malha aérea restrita, com economia limitada baseada principalmente no serviço público, além de ser o único Estado que não compõe o Sistema Interligado Nacional de Energia Elétrica.

Assim, pretendeu-se com a presente dissertação apresentar a busca do cidadão pela tutela do judiciário para acesso aos serviços de saúde oferecidos (ou que deveriam ser) pelo Executivo do Estado de Roraima, num recorte entre 2015 e 2018, apresentando a natureza das ações, seus custos e o impacto no orçamento, para então desenhar modelos de políticas para minimizar o problema.

A escolha da realização do estudo no Estado de Roraima tem fundamento duplo. Em primeiro lugar por ter o pesquisador base em Roraima houve um fácil acesso aos dados necessários para a realização da pesquisa, tanto de dados referentes ao judiciário, como de dados referentes ao dispêndio público com processos judiciais relacionados a saúde. Adicionalmente é preciso ressaltar que pesquisas que relacionam a judicialização e os dispêndios governamentais são recentes no estado de Roraima, onde a pesquisa ainda engatinha no sentido de avaliar as particularidades e especificidades locais.

Em razão de seu isolamento geográfico e por ser um dos Estado mais novos da federação, o Estado de Roraima carece ainda de estudos que proporcionem dados concretos e que permitam futuramente direcionar modificações nas políticas do governo. Nesse sentido sobrepõe-se a questão: Quantos aos processos de saúde, tramitados entre 2015 e 2018, houve aumento progressivo nos protocolos iniciais? Quais os tipos de benefícios mais buscados? Como o judiciário tem agido perante os pedidos? Como tem sido atendidos ou efetivados os benefícios buscados pelos cidadãos? Como o Executivo Estadual reage diante de tais pedidos e como esses pedidos afetam o cumprimento do orçamento anual previsto para a saúde?

Logo, temos que o objetivo último da presente dissertação era analisar o conteúdo dos processos tramitados entre 2015 e 2018 no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Roraima em face do Poder Executivo Estadual e Federal no que se refere ao acesso às políticas

públicas de Saúde ao cidadão e ao indígena, dimensionando a interferência do Poder Judiciário na matéria, bem como quantificar os gastos do Poder Executivo do Estado de Roraima em ações judiciais relativas à saúde tendo em vista não serem esses recursos incluídos previamente no orçamento e, observando seu impacto no planejamento orçamentário e eventuais prejuízos à gestão eficiente dos recursos da saúde e de outras áreas de interesse social.

2 RORAIMA E O SISTEMA DE SAÚDE EXISTENTE NO ESTADO

2.1 A história do sistema de saúde roraimense

O Estado de Roraima nasceu por intermédio do art. 14 da ADCT em 5 de outubro de 1988 com área de 224.300 km², a qual representava toda a área do território federal de Roraima, o que significava que não havia autonomia orçamentária para cuidados da saúde até então, seja para população urbana, rural ou indígena (BRASIL, 2020; AMORIM, 2018).

No antigo território que viria a ser o território federal do Rio Branco e posteriormente, em 1962, viria a ser renomeado para território federal de Roraima, até 1940 não havia médicos formados e tampouco extensas áreas urbanas, já que apenas o município de Boa Vista, criado em 1890, era considerado área urbana em todo o território (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; PACHECO, 2015; DUÓ, 2017; TAVARES, 2015).

Os cuidados com a saúde eram realizados por benzedeiros, parteiras, curandeiros, pajés, freiras e freis. Os tratamentos médicos eram rudimentares por um lado havia o conhecimento indígena com amplo uso de ervas. Em 1924, pouco antes da elevação da vila de Boa Vista a categoria de cidade em 1926, foi construído o primeiro hospital no território, chamado Hospital Nossa Senhora de Fátima, primeiramente sob a responsabilidade dos missionários da ordem de São Bento e posteriormente, em 1949, sob a responsabilidade das irmãs da Consolata. O qual atendia não apenas ao Município de Boa Vista, mas aos distritos de Caracará e Murupu, criados em 1938, sendo na época a única instituição a prestar assistência a saúde de forma contínua tanto a colonos quanto a indígenas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; TAVARES, 2015; PACHECO, 2015)

O Hospital Nossa Senhora de Fátima funcionava quase exclusivamente com missionários sem formação médica ou enfermeiros, havendo registro de apenas um único médico e monge, o Sr. Dom Vicente de Oliveira Ribeiro, durante a década de 1930 e que não permaneceu por muitos anos. Além do atendimento médico, havia também a prestação do serviço farmacológico, já que o Hospital possuía uma farmácia a qual atendia a toda a população local (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; TAVARES, 2015; PACHECO, 2015).

O território hoje conhecido como o Estado de Roraima foi criado em 1943 pelo Decreto nº 5.812/1943, o qual determinava a constituição do território do Rio Branco a partir de desmembramento de parte do Estado do Amazonas. Os primeiros médicos de que se tem

notícia eram dois, Sylvio Lôfego Botelho e Durval de Araújo Gonçalves chegaram um ano após a instituição do território federal do Rio Branco em 1944, juntamente com o governador recém instituído do território Capitão Ene Garcez (CORDEIRO, 2012; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016).

Os médicos trazidos para o novo território eram responsáveis por toda a população do local, realizando o percurso para locais mais afastados com carros e barcos e realizando todo o tipo de atendimento e procedimento que se fizesse necessário independente de suas especializações. O território à época, estava de tal forma despreparado para receber os médicos que os mesmos dormiam no quarto do único posto de saúde então existente e que servia de apoio ao único hospital existente (BRASIL, 2020; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; CORDEIRO, 2012; CANDIDO, 2019)

Figura 1 - Pronto socorro e posto médico em Roraima na década de 1940



[Fonte da imagem Folha de Boa Vista (26.06.2019)]

Na década de 1950, o Hospital Nossa Senhora de Fátima sofreu ainda uma reforma a qual ampliou sua estrutura e proporcionou ao território do Rio Branco um de seus primeiros centros cirúrgicos e a inclusão de um quadro fixo de médicos e enfermeiros formados, os quais atendiam aos 70 leitos existentes (PACHECO, 2015).

Em 1953, por seu turno, foi inaugurada a Divisão Assistencial da Maternidade e Infância (DAMI), instituição que visava funcionar exclusivamente para o atendimento de

parturientes e recém-nascidos, sob a responsabilidade da Legião Brasileira de Assistência (LBA) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016).

O primeiro hospital gerido pelo então governo territorial foi o Hospital Coronel Mota, inaugurado em 1958 e que sofreu uma ampliação na década de 1970. A inauguração desse primeiro hospital público levou a uma crise profunda no outro hospital existente em Boa Vista, o Hospital Nossa Senhora de Fátima. Esse último, dependia de recursos federais e de doações da comunidade que atendia para se manter funcionando, mas a inauguração de um Hospital governamental, o qual não necessitava de doações e era inteiramente financiado pelo governo, com capacidade de atender a população de forma mais estruturada, terminou por comprometer definitivamente a capacidade do Hospital se sustentar e de permanecer aberto, causando seu fechamento definitivo em 1984 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; PACHECO, 2015).

O Hospital Coronel Mota, a partir da década de 1970 passou a ser a figura central no tratamento de saúde da população residente, no já renomeado território de Roraima. Seu prédio, o qual contava com 133 leitos, foi por mais de 20 anos, o único hospital do Estado abrigando de forma conjugada o Hemocentro, a maternidade, após o fechamento definitivo do Hospital Nossa Senhora de Fátima, e o pronto socorro do Estado concentrando toda a assistência à saúde pública do Estado em um único local (DUÓ, 2017).

Atualmente, o Hospital Coronel Mota é a unidade de referência pública estadual para consultas especializadas e exames, oferecendo atendimento de 33 especialidades, bem como realizando exames desde os mais simples aos mais complexos e acompanhamento da população por meio de programas específicos para as doenças mais comuns no estado (diabetes, hanseníase, tuberculose, entre outros) e realizando pequenos procedimentos cirúrgicos, visando atender a população da capital e do interior (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016).

Foi a partir da década de 60 e 70 que se começou a registrar a chegada de um número maior de médicos no território mandados pelo exército brasileiro e por Projetos de interiorização e ocupação territorial como o Projeto Rondon, ainda assim, a saúde fornecida no estado era precária e havia carência de remédios, instrumentos, equipamentos e infraestrutura, causada principalmente pelo isolamento do local em relação ao resto do Brasil. Até 1966, havia apenas 10 médicos cadastrados no Conselho Regional de Medicina do Território do Rio Branco e em 1975, esse número tinha aumentado apenas para 50 médicos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; AMORIM *et al*, 2019).

Na década de 1970, o atendimento a população urbana e rural residente no território, em torno de 38.394 era itinerante e ocorria principalmente por intermédio dos médicos do Projeto Rondon os quais atendiam indistintamente a população urbana, rural e a população indígena, a qual era mais numerosa, em torno de 100 mil pessoas (AMORIM *et al*, 2019; AMORIM, 2018; VALE, 2006).

A população urbana e rural do território era composta quase que exclusivamente de migrantes vindos principalmente do Nordeste como parte do Plano de Integração Nacional, o qual visava deslocar pessoas das regiões mais pobres do país para as regiões ainda não habitadas, principalmente a região norte. Em 1975, com a criação do POLORORAIMA, o Governo federal destinou recursos financeiros que davam suporte a ocupação migratória e buscavam o incremento da infraestrutura local como forma de atrair pessoas interessadas em desenvolver atividades rurais (BARBOSA, 1993).

Figura 2- Unidade de atendimento de saúde volante em Roraima



(Fonte: Jornal Boa Vista, 1973, dez.11, pag. 6. Ano 1 apud AMORIM *et al*, 2019)

Ainda na década de 1970, em 1976 foi inaugurado o primeiro centro de atenção específica ao indígena no Estado de Roraima, a Casa de Saúde indígena de Boa Vista/RR, a qual objetivava o atendimento exclusivo da população indígena então existente a qual a época era de aproximadamente 100 mil (AMORIM, 2018).

A FUNAI atendia a população indígena roraimense desde 1967 por meio de equipes volantes de saúde (EVS), ou seja, equipes esporádicas iam aos locais para aplicar vacinas e supervisionar o atendimento dos enfermeiros locais. Um relatório da FUNASA quanto a atuação da FUNAI na década de 1970 fornece um panorama mais acurado da situação enfrentada (FUNASA, 2002, p.8):

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de

atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas. **Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era freqüente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestar atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo** (grifo nosso)

O plano do governo federal para a região estava claro, embora se reconhecesse a existência do indígena na região, o desenvolvimento e ocupação definitiva da região Norte, especialmente da região fronteira era essencial. Assim, nesse período se iniciam as primeiras ondas de migração nordestina, incentivadas pelo Governo Federal, composta principalmente de Nordestinos dos movimentos sem-terra os quais chegam ao local com a promessa de disponibilidade de área rural (AMORIM, 2018).

Na década de 1980, o fluxo de migrantes se mantém constante e número pequeno, compostos principalmente pessoas vindas do Amazonas, do Pará e do Maranhão. Destacando-se que mesmo os migrantes oriundos do Amazonas e do Pará, geralmente são filhos de nordestinos que migraram para o Norte em décadas anteriores (SOUZA & NOGUEIRA, 2013; BARBOSA, 1993).

Em 1982, já diante da perspectiva de ampliação dos investimentos governamentais e transformação do território em Estado, o que garantiria alguma autonomia ao Estado, Roraima ganharia seu primeiro hospital destinado ao atendimento de parturientes e recém-nascidos e que substituiria definitivamente a DAMI, o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). Posteriormente, este hospital iria integrar o Sistema Único de Saúde como uma unidade especializada de referência no Estado de Roraima, atendendo não apenas a população do Estado de Roraima, mas da Venezuela e da Guiana Inglesa, com seus 97 médicos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; WANDERLEY, 2016).

Ao mesmo tempo ainda em 1982 o território deixa de ser dividido entre apenas 2 municípios: Caracará e Boa Vista e passa a ser dividido em 8 municípios: Alto Alegre, Bonfim, Mucajaí, Normandia, São João da Baliza, São Luiz do Anauá, Caracará e Boa Vista. Tal situação já visava o aumento do direcionamento de recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e ampliar fornecimento de serviços de saúde e investimento e infraestrutura de forma mais ampliada ao longo do território e não apenas de maneira concentrada na capital.

A promulgação da nova ordem constitucional trouxe novas perspectivas ao território com a elevação do território de Roraima a condição de Estado, determinando definitivamente um avanço no sentido de incremento de investimentos.

Ainda assim, apenas em 1991, seria inaugurado o primeiro hospital com unidades de terapia intensiva e capacidade para realização de cirurgias complexas do Estado, o Hospital Geral de Roraima (HGR), atualmente a principal unidade de saúde do Estado, atende os casos de maior complexidade, traumas, possuindo unidades de tratamento intensivo, além de salas de operações complexas e atendimento de urgências clínicas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016).

O Hospital Geral de Roraima permaneceria como a única unidade de alta complexidade do Estado até 2014 quando foi inaugurado o Hospital Regional Sul “Governador Otomar de Souza Pinto” em Rorainópolis, um dos primeiros grandes hospitais do interior do Estado e que se tornaria o núcleo descentralizado de maior complexidade no interior do Estado de Roraima.

Em 1998, após passar por extenso processo de demarcação de terras indígenas, o qual sucedeu em demarcar 104.018 km² em 32 áreas indígenas demarcadas, o que representa 46,17 % de todo o território do Estado (AMORIM, 2018). Tal situação gerou modificações na forma como as políticas governamentais direcionadas aos indígenas vinham sendo realizadas, gerando um verdadeiro incremento nas mesmas, o qual perpassa todas as unidades de saúde do interior do Estado, a qual atendem indígenas, e as unidades de saúde da capital.

O hospital, atualmente conhecido como Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, por exemplo, inaugurou a única coordenação indígena do país em 1998, a qual visa a atender com respeito às especificidades culturais os indígenas. O fato de que ainda hoje a Maternidade Nossa Senhora de Nazareth permaneça como a única maternidade existente até hoje no Estado é preponderante, já que todos os partos complexos do interior, da capital e dos distritos indígenas são recebidos pelo mesmo, havendo inclusive Convênio entre a Casa do Índio e a Coordenação Indígena Estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A situação do interior, porém, é bem mais recente. Temos que o município mais antigo de Roraima, depois da própria capital Boa Vista, é o município de Caracaráí, criado em 1938, seguido pela criação de seis municípios por Lei Federal em 1982, os municípios de Mucajaí, Alto Alegre, São João da Baliza, Bonfim, Normandia e São Luiz (posteriormente chamada de São Luiz do Anauá) (BRASIL, 1982).

A ampliação do número de municípios atendia a política de ocupação do espaço de fronteira vigente ainda no fim da ditadura militar, já que a área do território de Roraima era grande (cinco vezes maior que o Estado do Rio de Janeiro, comparativamente). Atendia também a necessidade de serem criadas zonas urbanas específicas de ocupação com infraestrutura mínima.

A criação do município de Caracaraí, o mais antigo, fez com que esse município tivesse um embrionário sistema de saúde, mais desenvolvido que o de outras partes do interior do território de Roraima. Assim, em 1958, o município contava ao menos com um Posto de Saúde, o qual atendia de forma precária a população do local. Ainda assim, uma espécie de Hospital apenas seria instalada no município na década de 1980 e que passaria por reforma e ampliação em 2014, visando implementação de serviços de média complexidade e leitos para internação e salas para parto normal (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2020).

Figura 3 - Posto de Saúde em Caracaraí em 1958



(Fonte IBGE, 2020)

Na década de 1990 foram incrementados movimentos de interiorização da saúde com ampliação do número de unidades básicas e inauguração de hospitais em regiões mais distantes da capital. Assim, em 1992, foi inaugurado na região que viria a ser o município de Pacaraima o Hospital Délio Tupinambá, o qual atualmente é a principal unidade de saúde do Norte do Estado (OLIVEIRA, 2020).

Outros oito municípios seriam criados entre 1994-1995: Amajari, Cantá, Caroebe, Iracema, Pacaraima, Uiramutã e Rorainópolis, com áreas desmembradas de outros municípios e já criados por meio de leis estaduais, em razão da condição de elevação a Estado, ocorrida em

1988. Aumentando o número de municípios de Roraima para 15, sem contar os distritos indígenas (BRASIL, 1982; RORAIMA, 1994; RORAIMA, 1995; RORAIMA, 1995; RORAIMA, 1995; RORAIMA, 1995).

A partir de então foram inaugurados 5 hospitais no interior, em Alto Alegre, Bonfim, Mucajaí, Pacaraima, São Luiz do Anauá e Rorainópolis e todos os outros municípios do Estado contam com pelo menos uma unidade mista de saúde apta a realizar procedimentos de baixa, contribuindo para o aumento do Índice de Condições de Vida (ICV) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado (SESAU, 2020; GONÇALVES, 2019).

Em 2014, o sul do Estado ganhou o Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto, que atualmente é a principal unidade no sul do Estado, sendo a única outra unidade, além das unidades de Boa Vista, a possuir unidades de terapia intensiva e salas de operação com capacidade para cirurgias complexas, tornando-se a unidade preferencial para o atendimento das emergências do município de Rorainópolis, São Luiz do Anauá, São João da Baliza e Caroebe (COSTA, 2014; DATASUS, 2020).

Em 2018, o IBGE apurou que o Estado de Roraima tinha a maior taxa de crescimento populacional com taxa de 5,1%, o que sugere a necessidade de ampliação rápida da capacidade do sistema de saúde local. Assim, desde 2016, tem havido aumento nos investimentos na reforma e ampliação dos hospitais do interior e da capital, visando acompanhar o aumento da população do Estado a qual, desde 2015, cresce a uma taxa constante de 5% ao ano (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2016; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

O crescimento demográfico do Estado de Roraima sempre foi superior ao resto do Brasil. Entre 2000 e 2010, a população cresceu a uma taxa média de 3,34%, enquanto a população brasileira crescia a 1,17%. Note-se que em razão da população absoluta menor da região Norte, mesmo do Estado de Roraima, mesmo aumento populacional relativamente pequeno enseja aumentos percentuais relevantes, principalmente sendo a população do Estado inferior a 1 milhão de pessoas (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017; TAVARES E PEREIRA NETO, 2020).

A situação demográfica começa em fins de 2015 e início de 2016, a ficar ainda mais intensa com o aumento do fluxo migratório oriundo da Venezuela para o Estado de Roraima, de forma em 2018, Roraima tem a maior taxa de crescimento populacional do Brasil alcançando o percentual de 6,35%, causando uma crise estrutural na saúde pública, a qual ainda não foi

superada apesar dos investimentos governamentais realizados e ampliação dos números de médicos e das estruturas físicas disponíveis. A pressão sobre o município de Pacaraima na fronteira com a Venezuela e sobre a capital Roraima foi especialmente elevada, já que o aumento da população foi muito além do esperado e a maior parte dos imigrantes se fixou na capital (LIMA & FERNANDES, 2019; CHAVES, 2019).

Ainda assim é preciso reconhecer que a pressão gerada pela migração ocorreu em praticamente todo o Estado de Roraima, já que exceto por Boa Vista, todos os municípios tinham população inferior a 30 mil habitantes e ainda que com fluxo menor há migrantes espalhados por todo o território estadual (LIMA & FERNANDES, 2019).

Nesse sentido, a própria estrutura principiológica do SUS levou a situações próximas ao esgotamento da saúde. O atendimento indiscriminado de pessoas, sejam brasileiras ou não colocou pressão inesperada forçando o Governo Federal a intervir (LIMA & FERNANDES, 2019).

2.2 Da organização da estrutura de saúde de acordo com a legislação vigente

Antes de abordarmos a questão da infraestrutura no Estado de Roraima cabe fazer menção a nomenclatura utilizada pelo Sistema Único de Saúde para classificar as unidades de saúde. No caso, as unidades de saúde podem ser:

Tabela 1 Classificação de instituições hospitalares

CLASSIFICAÇÃO QUANTO A CAPACIDADE E LOCALIZAÇÃO		
1	Posto de saúde (PS)	Unidade simplificada de até 60 m ² de área construída, cobrindo regiões geralmente agrícolas e população inferior a dois mil habitantes, oferece supervisão médica periódica e presta assistência médica-sanitária, primária e preventiva;
2	Centro de saúde (CS)	Com 100 m ² de área construída, atende população entre dois mil e dez mil habitantes com assistência médica permanente, preventiva e ambulatorial; pode ter leitos para emergência até a remoção do paciente para outra unidade de saúde;
3	Unidade Mista (UM) ou Unidade Integrada de Saúde	Estabelecido em locais de população entre dez mil e vinte mil habitantes, presta assistência médica permanente, preventiva e ambulatorial, ainda deve apoiar postos e centros de saúde; caracteriza-se pela introdução de leitos para internação de urgência médico-pediátrica ou obstetrícia; sua área deve ser suficiente para 20 leitos.
4	Hospital rural	Unidade mista com ambulatório mais desenvolvido e área de acomodação para 50 (cinquenta) leitos para internação em casos de clínica médica, cirúrgica, ginecológica, obstetrícia e pediátrica;
5	Hospital regional ou distrital	Destinado a pólos de aproximadamente cem mil habitantes, assiste pacientes médico-cirurgicamente e mais de forma

		especializada; apresenta capacidade física para dispor entre 100 e 200 duzentos leitos para internação de caráter geral; remete os casos mais complexos a um hospital de base
6	Hospital de base	Servindo de apoio para hospitais regionais e como centro coordenador/integrador dos serviços médico-hospitalares de determinada área; deve dispor fisicamente de área para cerca de 300 a 350 leitos;
7	Hospital de ensino	Presta os mesmos tipos de assistência do hospital de base, mas serve igualmente às universidades como centro de formação profissional e de pesquisa, deve ter normalmente capacidade para oferecer entre 400 e 500 leitos.

Fonte: Portal da Educação, 2020.

Além da classificação das estruturas de saúde, a qual segue diretrizes do SUS, a legislação brasileira define critérios organizacionais mínimos do Sistema de saúde visando garantir uma gestão eficiente. Nesse sentido o Decreto nº 7.508/2011 do Governo Federal é a legislação regulamentadora da organização do sistema único de saúde brasileiro (BRASIL, 2011).

No caso, é esse decreto que determina a reunião de vários municípios limítrofes para formar regiões de saúde que não necessariamente precisam obedecer fronteiras estaduais. Conforme o citado Decreto, as regiões de saúde obedecem a critérios próprios de determinação e não necessariamente necessitam ser formada por um único Estado da federação (BRASIL, 2011):

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

(...)

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios (grifo nosso).

Uma região de saúde deve conter em si mesma toda uma estrutura capaz de tratar uma pessoa de forma minimamente completa (BRASIL, 2011).

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Uma região de saúde, previamente determinada além de possuir toda uma estrutura de atendimento deve também ter definido seus limites geográficos, sua população usuária e os serviços disponibilizados a essa população, a divisão das responsabilidades (entre municípios e determinação das responsabilidades estaduais e federais) e determinação dos critérios de acessibilidade (BRASIL, 2011).

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores .

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Nesse sentido, a acessibilidade ao sistema único de saúde pode se dar por meio de portas de entrada as quais também são previamente determinadas pelo Decreto nº 7.508/2011(BRASIL, 2011):

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

O Estado de Roraima está em uma situação sui generis em razão da existência de inúmeras áreas indígenas dentro de seu território. Conforme determina o Decreto nº 7.508/2011, a população indígena tem regimentos diferenciados de acesso visando garantir a assistência integral e em locais de difícil acesso (BRASIL, 2011).

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Conforme a estrutura dada pela Lei nº 8.080/1990 e a Constituição Federal incumbe a União o fornecimento de cuidados de saúde para a população indígena do Estado de Roraima (BRASIL, 2020):

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

A saúde indígena é composta por unidades básicas de saúde indígena, as quais teriam funções similares a uma unidade básica de saúde comum e casas de saúde indígena, as quais deveriam funcionar como um hospital urbano, especialmente destinado ao atendimento do indígena e com caráter misto de albergue e centro de atendimento em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; AMORIM, 2018).

Todos os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são listados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Cabe ao Ministério da saúde determinar a inclusão ou retirada de ações e serviços de saúde prestados pelo sistema único, sendo os procedimentos referentes a lista regulamentados pela Resolução nº 2/2012 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012):

Art. 5º Em conformidade com o art. 43 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a primeira RENAMESES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação do citado Decreto eram ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

§ 1º As atualizações da RENAMESES ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços de saúde, de forma contínua e oportuna.

§ 2º As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços de saúde da RENAMESES serão feitas de acordo com regulamento específico, que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização.

§ 3º Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da RENAMESES, em conformidade com o art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 1990, e sua respectiva regulamentação.

A Relação dos serviços e ações de saúde contém todos os serviços em todos níveis, independentemente de se tratar de serviços básicos ou complexos e na teoria não é possível que a rede pública disponibilize qualquer tipo de serviço que não esteja na lista.

Art. 8º A RENAMESES é composta por:

I - ações e serviços da atenção primária;

II - ações e serviços da urgência e emergência;

III - ações e serviços da atenção psicossocial;

IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - ações e serviços da vigilância em saúde

A divisão das competências pelos serviços a serem prestados pelo SUS entre o Poder executivo estadual e os Poderes executivos municipais também é determinada por lei, a Lei nº 8.080 quanto a repartição de competências determina:

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.

Art. 18. À 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

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.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

É importante notar que de forma deliberada a Legislação que determina a repartição de competências do SUS não é detalhista, havendo clara intenção de manter um sistema concorrente de competências, e sim ampla de forma a permitir que a repartição não se faça por formato de instituições ou serviço prestado e sim diante das possibilidades financeiras de Estado e municípios, observando o que dispõe a própria constituição federal (BRASIL, 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;

Dessa forma, um município com grande arrecadação pode disponibilizar de uma estrutura complexa de saúde, permitindo ao executivo estadual se focar em municípios com baixa arrecadação e exercer um caráter complementar ou suplementar ou ainda, no caso dos municípios que não conseguem arcar com todas as contas, integral.

Por fim, ao abordar conceitos essenciais quanto a formação da estrutura do sistema de saúde não podemos deixar de mencionar a divisão dos serviços do SUS entre atenção primária ou básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade.

A Portaria nº 2.488/2006, Anexo I – Disposições gerais sobre a atenção básica do Ministério da Saúde, a qual define os princípios e funções do atendimento a saúde básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

No Brasil, aplica-se a divisão para que haja não apenas um abrangente atendimento, mas também para que haja redução de custos por meio da aplicação da medicina preventiva e

diagnóstico precoce, com base na efetividade dessa abordagem, comprovada por meio de estudos, utilizando-se de tecnologia de baixa densidade.

Nesse sentido, a comunidade tem o acesso aos cuidados de saúde preventiva e diagnóstica inicial e sendo necessário, passa-se o paciente para a rede de atendimento de média e alta complexidade.

A rede de atendimento de média complexidade, embora sem conceito definido em Portaria, tem conceito definido no Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS (CONASS, 2017, p. 17). Na rede de atendimento do SUS de média complexidade temos o atendimento a situação de urgência e emergência, exames e atendimentos por especialistas quando há identificação de anomalias e identificada a sua necessidade, vejamos:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, temos que os procedimentos de média complexidade não estão disseminados entre todos os municípios do Brasil, pois exigem a disponibilização de uma infraestrutura auxiliar similar a um hospital e a laboratórios de análises clínicas. Assim, visando determinar de forma mais específica o que se inclui no patamar de média complexidade, temos que o Ministério da Saúde disponibiliza uma lista-diretriz. Dentre os procedimentos incluídos na média complexidade temos (CONASS, 2017, p.17-18):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumatológico-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

Cabe ressaltar que um hospital que realize atendimentos e preste serviços de média complexidade não necessariamente necessita disponibilizar de todos os serviços incluídos na lista acima para que seja considerado um estabelecimento de média complexidade. Assim, pode haver um fornecimento parcial dos serviços mencionados em um determinado município e ele ainda será considerado como de média complexidade.

Por último, como última instância da saúde pública do Brasil temos a oferta de serviços de alta complexidade e seu conceito, o qual também é mencionado pelo CONASS (CONASS, 2017, p.18-19), como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumatismo-ortopedia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia de implante coclear;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- cirurgia reprodutiva;
- genética clínica;
- terapia nutricional;
- distrofia muscular progressiva;
- osteogênese imperfeita;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

O serviço de alta complexidade, por seu turno, envolve procedimentos e tratamentos pós-diagnóstico, com custos elevados e equipamentos e medicamentos específicos, são tratamentos de longo prazo com especialistas multidisciplinares e constantes internações hospitalares.

A estrutura do SUS está espalhada na forma discriminada acima em todo o Brasil, por todos os Estados e municípios da federação ainda que não de forma igualitária ou equivalente por todo o Estado de Roraima, em razão do isolamento geográfico e da baixa densidade populacional em alguns pontos do território, há quase uma falta de presença da rede de saúde e falta definitiva de estruturas para atendimentos de alta complexidade suficientes. No tópico a seguir, abordaremos a estrutura de saúde pública disponível no Estado de Roraima.

2.3 Da estrutura de saúde do Estado de Roraima

O crescimento do Estado de Roraima, após sua criação em 1988, foi rápido, tendo em vista seus meros 32 anos de existência. A população, que em 1988 era estimada em 217 mil em todo o território, quase triplicou, estimando-se que atualmente a população do Estado esteja em torno de 605 mil habitantes, sendo que quase 60 mil são indígenas distribuídos em 477 comunidades indígenas, as quais se encontram por seu turno, em 22 terras indígenas demarcadas (CORREIA, 2016; IBGE, 2020).

A população indígena do Estado de Roraima está dividida entre dois Distritos Sanitários Indígenas: O Distrito Sanitário Indígena Leste, que engloba mais de 8 etnias distribuídas no Estado de Roraima e na fronteira com a Guiana com uma população estimada em 44.671 índios e; o Distrito Sanitário Indígena Yanomami com uma população indígena aproximada de 24.973 índios, distribuídas em Roraima, Amazonas e fronteira da Venezuela (DUÓ, 2017; GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2016).

A população urbana e rural está dividida entre 15 municípios do Estado de Roraima, os quais todos atualmente contam com algum tipo de estrutura de saúde em funcionamento. A estrutura de saúde, por seu turno, é constituída de duas regiões de saúde: região centro norte e região sul, as quais juntas contemplam os 15 municípios existentes (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2016)

Conforme já mencionado, o estado de Roraima foi dividido em duas macro regiões de regiões de saúde. A região centro norte, também chamada de Monte Roraima foi composta por nove municípios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Bonfim, Cantá, Mucajaí, Normandia, Pacaraima e Uiramutã e atende a maior parte da população do Estado, com estimativa de população da região de mais de 400 mil pessoas em 2016 (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2016).

A região Sul, também chamada de Rio Branco é composta por seis municípios: Caracaraí, Caroebe, Iracema, Rorainópolis, São Luiz e São João da Baliza, atendendo uma população estimada em pouco mais de 85 mil pessoas (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA, 2016)

Segundo o plano de estadual de saúde do Estado de Roraima (2016, p. 39), a configuração das regiões foi feita levando em conta a capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços, demanda estimada de países vizinhos e perfil epidemiológico dos

Municípios. Adicionalmente, para fixação das regiões se considerou (Governo do Estado de Roraima, 2016, p. 39):

Conforme legislação, em especial o Decreto nº 7.508/11 e a Resolução CIT nº 1/11, a Região de Saúde é definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Outro ponto considerado foi o mínimo de ações e serviços que deve conter a região a ser instituída. Nesse contexto os serviços ofertados na Regiões Centro Norte (Monte Roraima) atendeu aos critérios mínimos contendo em seu território:

- I Atenção primária;
- II Urgência e emergência;
- III Atenção psicossocial;
- IV Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V Vigilância à saúde.

Em razão do crescimento populacional do Estado de Roraima, unidades foram sendo implantadas em todos os municípios do Estado, visando reduzir a demanda por atendimentos na capital e no Hospital Geral de Roraima e na Maternidade Nossa Senhora de Nazareth. Hodiernamente o Estado de Roraima possui 1.103 leitos, 821 leitos públicos e 282 leitos privados, distribuídos dentro dos 15 municípios do Estado, estando todos os leitos privados localizados na capital do Estado, Boa Vista (DATA SUS, 2020).

Os municípios tem estrutura escassa e composta por hospitais que não realizam serviços complexos, sem que haja sequer um leito de UTI nos municípios do interior. A distribuição de leitos no interior do Estado de Roraima colhida a partir de dados do Data Sus (2020), segue demonstrada abaixo.

Note-se que havendo necessidade individual por cirurgia apenas 5 dos 14 municípios do interior estão preparados para atender a essa necessidade e se houver necessidade de UTI de qualquer forma é necessário o transporte do paciente para Boa Vista/RR.

Tabela 2 Número de leitos disponíveis no interior do Estado de Roraima em 2020

Municípios	Leitos Cirúrgicos	UTI	Leitos Gerais
Alto Alegre	0	0	23
Amajari	0	0	15
Bonfim	0	0	0
Cantá	0	0	0
Caracaráí	8	0	28
Caroebe	10	0	16
Iracema	6	0	8
Mucajáí	0	0	23
Normandia	0	0	21
Pacaraima	1	0	12
Rorainópolis	4	0	27

São João da Baliza	0	0	16
São Luiz	10	0	18
Uiramutã	0	0	0
Total	39	0	207

(Fonte: DATASUS, 2020)

A capital Boa Vista, por seu, turno conta com uma estrutura mais complexa e ampliada que o restante do Estado, possuindo um Hospital Infantil Municipal, o Hospital Infantil Santo Antônio e a Unidade de Pronto Atendimento Cosme e Silva, bem como o Hospital Geral de Roraima e a Maternidade Nossa Senhora de Nazaré.

Atualmente a capital de Roraima conta com estrutura de saúde diversificada, possuindo 112 estabelecimentos de saúde e que está em constante expansão para garantir atendimento, contando atualmente com as unidades abaixo com pelo menos 3 centros de atenção psicossocial, 2 laboratórios estaduais, uma maternidade, dois prontos de socorro para urgência, um hospital para atendimento de alta complexidade e realização de cirurgias, dois centros de atendimento clínico especializado, um hemocentro, dois centros para reabilitação física, um centro de diagnóstico por imagem e dois centros especializados, um em saúde do trabalho e outro em saúde da mulher, além de centro para atendimentos odontológicos e oncológico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RORAIMA, 2016; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA, 2020).

No âmbito municipal temos ainda que a capital Boa Vista conta com 41 unidades básicas de saúde distribuídas nos 56 bairros existentes do município sendo o município do Estado com o maior número de unidades básicas de saúde do Estado (DATA SUS, 2020).

A capital possui atualmente 614 leitos públicos e 282 leitos privados, o que representa 55,66% de todos os leitos públicos e 100% de todos os leitos privados disponíveis no Estado. Sendo que os serviços de mais alta complexidade apenas são prestados na rede pública, não havendo os tratamentos previstos como de alta complexidade nos hospitais ou clínicas privadas.

A informação quanto a existência e capacidade de atendimento das unidades públicas existentes por todo o Estado é essencial, quando se leva em conta o quanto o SUS atende a população.

Para melhor ilustrar segue abaixo a tabela que demonstra a distribuição dos nascimentos no Estado de Roraima entre a Rede pública e a Particular, entre 2015 e 2018

Tabela 3 - Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2015 e 2018.

Ano	Estabelecimento de saúde			
	Público		Não Público	
	Nº	%	Nº	%
2015	9881	93,7	662	6,3
2016	9686	94,0	622	6,0
2017	10215	94,6	586	5,4
2018	11422	94,5	667	5,5

Fonte: SINASC/NSIS/DVE/CGVS/SESAU/RR (Dados de 06/02/2018, sujeitos á alteração).

A participação da rede pública no Estado é cada vez maior. Em 2018, quase 95% dos partos aconteciam na rede pública de saúde, contra 5% que ocorrem na rede particular. Em Roraima ainda, em razão da concentração do atendimento a gestante em uma das únicas maternidades do Estado a concentração de nascimentos no Hospital Materno infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN) chega a 81,8% (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA, 2019).

Uma outra consequência da ampliação do acesso aos serviços de saúde no Estado é a tendência de redução do número de partos domiciliares, os quais em 2015, representavam 3,17% dos partos no Estado de Roraima, mas já em 2018, representavam apenas 1,1% dos partos em todo o Estado (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA, 2019).

O cuidado pré-natal, o qual ordinariamente é realizado no Estado pela rede municipal de saúde tem demonstrado ampliação de sua área de abrangência, alcançando o patamar de 94,5% das gestantes, as quais realizam ao menos uma consulta pré-natal ao longo da gestação.

Quanto ao acesso da população local ao SUS, temos que todos os municípios dispõem de Unidades básicas de saúde garantindo o acesso ao mínimo para a população urbana, rural e indígena. No caso para uma melhor visualização segue uma planilha compilada com dados do Data sus e do IBGE quanto ao potencial de atendimento por habitante das unidades de saúde básica existentes no Estado por município.

Tabela 4 Distribuição de UBS e capacidade de atendimento por número de habitantes

Município	Unidades básica de saúde	Habitantes	Und. Por 1000 habitantes
Alto Alegre	4	15.510	1 para cada 3.877 habitantes
Amajari	3	12.796	1 para cada 4.265 habitantes
Boa Vista	41	399.213	1 para cada 9.736 habitantes
Bonfim	3	10.943	1 para cada 3.647 habitantes

Cantá	3	18.335	1 para cada 6.111 habitantes
Caracaráí	9	21.926	1 para cada 2.436 habitantes
Caroebe	3	10.169	1 para cada 3.389 habitantes
Iracema	2	11.950	1 para cada 5.970 habitantes
Mucajaí	5	17.853	1 para cada 3.570 habitantes
Normandia	1	11.290	1 para cada 11.290 habitantes
Pacaraima	15	17.401	1 para cada 1.160 habitantes
Rorainópolis	34	30.163	1 para cada 887 habitantes
São João da Baliza	12	8.201	1 para cada 683 habitantes
São Luiz do Anauá	14	7.986	1 para cada 570 habitantes
Uiramutã	13	10.559	1 para cada 812 habitantes

Fonte: Elaboração própria com base em dados do DATASUS e IBGE consultados em 2020

A partir dos dados da planilha acima é possível perceber que no Estado de Roraima, pelo menos no que se relaciona ao atendimento da população em unidades básicas de saúde (UBS) é possível perceber que majoritariamente no que se refere ao atendimento primário, o cidadão Roraimense possui pelo menos uma unidade de saúde para cada 1.000 habitantes, sendo essa média, geralmente inferior.

Situação interessante, porém, se verifica no Município de Normandia onde há apenas uma unidade básica para atender uma população de mais de 11 mil habitantes. O número, porém é enganoso, já que o município tem grande parte de sua área na reserva indígena Raposa Serra do Sol, possuindo grande população indígena estimada em mais de 7.500 indígenas, atendidos por 9 unidades básicas de saúde indígenas existentes no Município (IBGE, 2020; DATA SUS, 2020; Plano Estadual de Saúde, 2016).

No interior o estado conta hospitais no município de Rorainópolis, inaugurado em 2014, no Município do Alto Alegre e no município de Caracaráí. No entanto ainda temos municípios os quais não possuem qualquer unidade hospitalar ou de alta complexidade tais como o Cantá (DATA SUS, 2020).

Rorainópolis um dos municípios mais distantes da capital e o terceiro maior município do Estado, já conta com 10 unidades de saúde básica, 1 hospital de alta complexidade, clínicas e outros centros, todos parte da estrutura estadual do sistema Único de saúde do Estado de Roraima (DATA SUS, 2020).

Atualmente Roraima conta com mais de 800 médicos cadastrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, os quais atuam em todo o Estado, bem como conta com os os hospitais abaixo relacionados:

Tabela 5 Unidades hospitalares do Interior do Estado

Ord.	Unidade	Tipo de atendimento	Tipo de leito disponível
1	Hospital Irmã Aquilina (Caracaraí)	Média complexidade	Possui leitos para internação
2	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá (Pacaraima)	Média complexidade	Possui leitos para internação
3	Hospital Epitácio de Andrade Lucena (Alto Alegre)	Média complexidade	Possui leitos para internação
4	Unidade Mista de Bom Samaritano (Alto Alegre - Barata)	Média complexidade	Não possui leitos de internação
5	Centro de Saúde Jair da Silva Mota (Amajari)	Média complexidade	Não possui leitos de internação
6	Hospital Pedro Álvares Rodrigues (Bonfim)	Média complexidade	Não possui leitos de internação
7	Unidade Mista de Caroebe (Caroebe)	Média complexidade	Possui leitos para internação
8	Hospital Unidade Mista Irmã Camila (Iracema)	Média complexidade	Possui leitos para internação
9	Hospital Estadual Vereador José Guedes Catão (Mucajaí)	Média complexidade	Não possui leitos de internação
10	Unidade Mista Ruth Quitéria (Normandia)	Média complexidade	Não possui leitos de internação
11	Unidade Mista de São João da Baliza (S. J Baliza)	Média complexidade	Não possui leitos de internação
12	Hospital Francisco Ricardo de Macedo (São Luiz do Anauá)	Média complexidade	Possui leitos para internação
13	Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto (Rorainópolis)	Média e alta complexidade	Possui leitos para internação

Fonte: Elaboração dados com base em compilação de dados do Governo do Estado de Roraima e DATASUS,2020

A planilha acima explicitamente deixa de mencionar os Hospitais e Unidades Mistas em Boa Vista, que por ser a capital concentra a maior parte dos cuidados a saúde.

A planilha acima permite algumas conclusões quanto a distribuição dos hospitais ao longo do Estado de Roraima. A primeira conclusão é que existem dois municípios que não possuem nenhuma unidade de saúde apta a realizar até mesmo os procedimentos de baixa complexidade. No caso o Cantá e o Amajari.

A segunda conclusão é que Normandia, São João da Baliza e Amajari não possuem hospitais. A explicação para essa realidade é diversa e se relaciona com a composição majoritária populacional desses municípios a qual é indígena em sua maioria.

Por fim, podemos concluir que Boa Vista ainda concentra os cuidados de saúde e o tratamento majoritário da população do Estado de Roraima, sendo o único lugar onde é possível

realizar cirurgias complexas e tratamentos de alta complexidade e longo prazo, tais como transplantes, tratamentos quimioterápicos e para outras doenças, sendo também na capital que se concentram os especialistas e os locais, públicos e privados, aptos a realizar exames de alto custo e complexidade.

3 A SAÚDE PÚBLICA SOB O PONTO DE VISTA TEÓRICO E JURÍDICO NACIONAL

De acordo com o Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946, p.1), saúde é “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”, sendo um objetivo de todos os países a manutenção da saúde de sua população (OMS, 1946).

A busca pela garantia de um estado de saúde nos cidadãos é o fundamento da Constituição brasileira a qual cria o sistema de saúde universal para todos em seu território. A visualização do arcabouço jurídico constitucional vigente em nosso ordenamento com os conceitos do que é o direito a saúde é o objetivo inicial do presente capítulo.

Em seguida, parte-se para a determinação da efetivação do direito a saúde do cidadão pelos mais altos tribunais do nosso país em suas diferentes competências: o Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal.

E por fim, se verifica como a lei orçamentaria local aloca o orçamento da saúde e como vem sendo realizado o dispêndio do valor legal previsto em lei dentro do Governo do Estado de Roraima.

3.1 O direito a saúde sob o ponto de vista jurídico

Segundo Werner (2008, p.95), o direito à saúde da forma como garantido na Constituição “é uma norma de eficácia contida, restringível ou definidora de direitos sociais, uma vez que, claramente, se prevê a criação de uma estrutura infraconstitucional”. Adiciona ainda Werner (2008, p.95) que a norma constitucional de garantia universal do direito a saúde é uma “norma-tarefa” no sentido em que institui para o Estado o dever de criar e gerenciar o sistema de saúde nacional.

É preciso lembrar que a mesma Constituição Federal que trouxe o direito a saúde universal, também inaugurou um novo ordenamento jurídico, o qual por seu caráter democrático buscava garantir ao cidadão meios eficientes de reclamar todos os direitos garantidos pela constituição e pelas leis.

Pode assim, o cidadão que se sinta ameaçado, alijado ou lesado, até mesmo pelo próprio Estado, buscar o respeito ou a garantia a seus direitos fundamentais. Esse é o fundamento constitucional que garante ao usuário do SUS, o acesso ao Poder judiciário para garantir o acesso a atendimento, cirurgias, tratamentos de saúde, medicamentos e exames, em princípio de forma “ilimitada”

Werner (2008) ressalta, porém, que dentro desse sistema que busca fornecer ao cidadão a saúde de forma holística, tendo em vista sua própria relação estreita com a ciência, sempre existirão novos tratamentos, novas descobertas, novos exames, medicamentos e até novas doenças, como bem demonstra o surgimento do COVID-19 no âmbito mundial.

O desafio está, portanto no encontro de um ponto de equilíbrio em que se mantenha a existência de um sistema capaz de atender a maioria dos usuários, ao mesmo tempo em que amplia suas capacidades progressivamente. Werner (2008, p.96) explica:

Há de se considerar a força normativa da Constituição, onde as escolhas devem partir de pontos de vista que contribuam à ótima eficácia da lei, ao mesmo tempo em que se possibilita a permanência e a atualização da norma. Assim, a consolidação de uma jurisprudência na qual se opte pela abertura de exceções de cunho individual, conduz a um descrédito das ações desenvolvidas pelo Poder Público e do próprio Direito na forma prevista na Constituição. Reforça o caráter de exclusão. Se, por um lado, a universalidade foi o meio encontrado pelo constituinte para gerar a inclusão, por outro, não se pode negar que essas pessoas, diante do próprio sistema social atual, acabam por não ter acesso à justiça.

Há que se reconhecer que atualmente a visão tão bem explicada por Werner acima reflete o consenso doutrinário atual, a medida em que se reconhece que a manutenção de um sistema que abranja um maior número de pessoas, embora não todas as doenças e medicamentos conhecidos é preferível a inexistência de qualquer sistema ou de um sistema que não consiga prover as mínimas necessidades da população que atende.

Assim visando garantir a permanência e funcionalidade do sistema de saúde o mesmo é implantado sob o que Werner (2008) e Rawls (1991) chama de “equilíbrio ponderado”, o qual é alcançado mediante a aplicação do princípio da universalidade e da igualdade material, o qual deve servir como premissa a todo e qualquer julgamento de pedidos que se relacionem com a saúde e ao sistema de saúde em si para atingir ao maior número de indivíduos possível.

Parte-se, portanto, da premissa que a justiça, no formato do sistema judiciário de um país, é um instrumento que torna possível a manutenção do contrato social entre todas as pessoas que residem naquele local e de que a sociedade é formada por pessoas livres e iguais e

que para manter a igualdade entre as pessoas é preciso adotar medidas equitativas que garantam a igualdade material entre os indivíduos integrantes de uma sociedade.

Essa perspectiva essencialmente teórica conduz à hipótese inicial de que um sistema de saúde deve abranger necessidades mínimas comuns a maioria dos cidadãos, bem como certo nível de acesso a cuidados médicos (WERNER,2008). Rawls (2013, p. 247) explica tal situação de forma mais didática, vejamos:

(...) a questão da assistência médica de acordo com as diretrizes do princípio da diferença. Isso pode dar a impressão equivocada de que o fornecimento de assistência médica só serve para suplementar a renda dos menos favorecidos quando eles não conseguem cobrir as despesas dos cuidados médicos que possam preferir. Pelo contrário: como já foi enfatizado, o fornecimento de assistência médica, assim como dos bens primários em geral, deve satisfazer às necessidades e exigências dos cidadãos livres e iguais. Essa assistência inscreve-se entre os meios gerais necessários para assegurar a igualdade equitativa de oportunidades e nossa capacidade de tirar vantagem dos direitos e liberdades básicos, e, portanto, de sermos membros normais e plenamente cooperativos da sociedade a vida toda.

Essa concepção de cidadão nos permite fazer duas coisas: primeiro avaliar a urgência dos diferentes tipos de cuidados médicos e, segundo, determinar a prioridade relativa das exigências da assistência médica e saúde pública em geral em relação a outras necessidades e exigências sociais. Assim, no que se refere à primeira, os tratamentos que devolvem às pessoas uma boa saúde, possibilitando que retomem suas vidas normais como membros cooperativos da sociedade, têm grande urgência, mais exatamente urgência especificada pelo princípio da igualdade equitativa de oportunidades; ao passo que a medicina, digamos, cosmética, não é, a princípio uma necessidade.

Ao considerar a força das exigências da assistência médica como vinculada a manutenção de nossa capacidade de sermos um membro normal da sociedade e à restauração dessa capacidade quando ela cai para baixo do mínimo necessário, temos uma diretriz para equilibrar os custos dessa assistência em relação as outras demandas e ao produto social que também são cobertas pelos dois princípios da justiça

Logo, ao elaborar um sistema de saúde o Poder legislativo deve ter em mente em primeiro lugar o restabelecimento da saúde, ou seja, o tratamento de doenças que auxiliem o restabelecimento da saúde integral aos cidadãos e em seguida deve considerar doenças e enfermidades que afetam o maior número de indivíduos e oferecem oportunidades de recuperação integral devendo esses serem os alvos primários do sistema de saúde.

O judiciário, por seu turno, não pode se desviar desse princípio contribuindo para manutenção do sistema no tempo e não contribuindo para criar o caos. Deve o Poder judiciário, portanto assumir uma função de intermediário no sentido de que deve intervir perante o poder público quando houver descumprimento de suas obrigações ou quando houver dificuldade de acesso a direitos e condições ordinariamente ofertados pelo sistema nacional de saúde.

Por outro lado, deve o Poder judiciário também assumir a função de denegar pedidos que extrapolam as obrigações legais do sistema de saúde, que não estão ordinariamente

previstas, que não afetam um grande número de cidadãos em razão de sua raridade ou tratamentos sem potencial curativo, lembrando ao indivíduo de que o sistema de saúde serve a todo e que sua obrigação primária é fornecer um sistema de promoção de igualdade justa, não beneficiando mais que o ordinário um indivíduo que procure o Poder judiciário.

Assim, quando o Poder judiciário quebra a lógica de fornecimento do sistema único de saúde, contribui para a quebra do sistema de saúde em si. Os direitos fundamentais no âmbito da prestação jurisdicional adquirem caráter relativo que deve ser sopesado diante da existência de outras circunstâncias e fatores.

Werner (2008, p.100), esclarece:

As fórmulas abertas no âmbito dos direitos fundamentais sociais como direito “à vida”, “à dignidade humana” e “à saúde” deixam de ser tratadas como direitos absolutos puros, imensuráveis, para ganhar linhas e relevos e se tornarem conceitos construídos dentro da ética social solidária.

(...)

Agora, a partir do momento em que existem políticas sociais e econômicas bem definidas, estabelecidas para gerir o SUS, o projeto fixado não pode ser desconsiderado, sob pena de gerar uma interpretação que fere a lógica do sistema, não podendo integrá-lo validamente.

O juiz deve, portanto, analisar todos os processos relacionados a temática de saúde pública, em que haja exigência de uma obrigação de fazer do Sistema único de Saúde brasileiro (SUS) em relação a um todo (judicial e estatal), analisando sempre a repercussão financeira e orçamentária de TODO um poder judicial agindo sobre as mais diferentes demandas na seara da saúde de forma cotidiana. No entanto não é o que tem ocorrido, tendo os tribunais superiores do país adotado posições jurisprudenciais que contrariam as diretrizes estatais do próprio sistema, conforme se verificará no tópico a seguir.

3.2 Posicionamento do STJ e STF quanto a fornecimento de serviços pelo SUS

Os tribunais superiores brasileiros têm sido essenciais para garantir alguma forma de uniformização da jurisprudência dos pedidos mais comuns na temática saúde. Temos que o STJ tem constantemente se debruçado sobre as mais diversas questões quanto aos limites do SUS e as possibilidades em termos de ampliação e redução do sistema, bem como quanto aos planos de saúde privados.

Antes de partir para uma análise da jurisprudência cabe ressaltar uma particularidade do nosso sistema jurídico quando se trata de processos com destino aos tribunais superiores (STF e STJ). Para que um processo alcance a instância superior é preciso comprovar que a temática em análise repercute não apenas para o cidadão que busca o seu direito, mas

para vários cidadãos em vários pontos do país. A esse processo de comprovação é dado nome de repercussão geral no Supremo Tribunal Federal e de julgamento em recursos repetitivos no Superior Tribunal de Justiça, conforme o Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015, 2015):

Art. 976. É cabível a instauração do incidente de resolução de demandas repetitivas quando houver, simultaneamente:

I - efetiva repetição de processos que contenham controvérsia sobre a mesma questão unicamente de direito;

II - risco de ofensa à isonomia e à segurança jurídica.

Julgado o processo com reconhecimento de repercussão geral ou em regime de julgamento de demandas repetitivas, os efeitos da jurisprudência formalizada se aplicam a todos os processos que versem sobre a idêntica problemática e a casos futuros (Lei 13.105/2015 – Código de Processo Civil, 2015):

Art. 985. Julgado o incidente, a tese jurídica será aplicada:

I - a todos os processos individuais ou coletivos que versem sobre idêntica questão de direito e que tramitem na área de jurisdição do respectivo tribunal, inclusive àqueles que tramitem nos juizados especiais do respectivo Estado ou região;

II - aos casos futuros que versem idêntica questão de direito e que venham a tramitar no território de competência do tribunal, salvo revisão na forma do art. 986 .

Dessa forma, a jurisprudência consolidada pelo STJ e pelo STF com aplicação do regime acima tem aplicação ampla nas comarcas estaduais e federais, devendo ser replicada pelos juízes de 1º e desembargadores de 2º grau obrigatoriamente, tendo portanto, preponderância a análise do que vem sendo decidido pelos Tribunais Superiores visando verificar a observação da jurisprudência nacional estabelecida pelos tribunais inferiores e o conteúdo jurisprudencialmente unificado quanto a temática saúde.

Cabe ainda ressaltar a diferença entre a competência do STJ e do STF. O art. 102 da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) fixa como competência do STF a guarda da Constituição federal, dessa forma, os processos julgados a temática saúde que alcançam o órgão tem em comum a ofensa efetiva a direitos assegurados constitucionalmente, sendo a saúde um direito resguardado a todos os cidadãos há a percepção de que todo processo que versa sobre essa temática tem o potencial de chegar ao STF, desde que reste comprovada uma ofensa direta e não reflexa a um artigo constitucional.

Por outro lado, o STJ tem competência mais ampla de guardião do ordenamento jurídico federal e das leis emanadas pelo poder legislativo federal, fazendo observar a nível nacional a legislação e dirimindo eventuais divergências em sua aplicação. Dessa forma, um processo julgado pelo STJ ordinariamente versa sobre a aplicação conjugada das diversas leis federais existentes no ordenamento jurídico de forma conjugada, harmônica e uniforme.

Em consulta ao sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da simples digitação da palavra saúde é possível apurar o registro de 2940 Acórdãos, 91 deles com repercussão geral reconhecida, o que implica que efeitos sobre vários processos com a mesma temática, havendo a escolha de um *leading case* que determinará a jurisprudência para os outros que tratam sobre o mesmo tema. Por outro lado, ao realizar a consulta sobre as palavras chave SAÚDE e SUS, o número de processos analisado pelo STF decresce para 159, sendo apenas 12 com repercussão geral reconhecida (BRASIL.2020).

Para a temática da presente dissertação importam apenas os processos que tratam sobre o SUS, já que se trata da repercussão orçamentária e administrativa das decisões judiciais do STF na jurisprudência dos processos Estaduais, os quais frequentemente seguem a jurisprudência firmada pelo STF e STJ.

O STF, quanto ao sistema único de saúde, fixou teses quanto ao pagamento de diferença de forma particular quando o serviço for prestado pelo SUS, seja atendimento ou internação, bem como quanto a obrigação dos planos de saúde de ressarcirem o sistema único de saúde quando o atendimento for realizado pelo SUS mesmo a pessoa tendo plano de saúde, ou seja, quando a prestação do serviço de saúde for pública porque a rede particular não o oferece e a pessoa é coberta por plano de saúde privado (BRASIL, 2020).

Tema 579 Em seguida, o Tribunal, por unanimidade, fixou tese nos seguintes termos: “É constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio Sistema Único de Saúde, ou por médico conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes” (RE 581488. Relator(a): Min. DIAS TOFFOLI. Órgão julgador: Tribunal Pleno. Julgamento: 03/12/2015)

Tema 345 “É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos” (RE 597064. Relator(a): Min. GILMAR MENDES. Órgão julgador: Tribunal Pleno. Julgamento: 07/02/2018)

As teses acima firmadas, obrigatoriamente devem ser observadas pelos Tribunais Estaduais, em razão do regime de repercussão geral e suas características, previstas no art. 1.035, §1 e 2º do Código de Processo Civil brasileiro.

Note-se que os acórdãos originários dentro do regime de repercussão geral, versam em sua maioria quanto ao custeio do SUS, buscando o STF fixar teses que garantam ao SUS que este não suporte todos os custos quando houver agentes privados envolvidos e, claro, que haja manutenção da equidade e universalidade dentro do sistema entre os que não tem condição de arcar com custos.

Ademais, há uma clara preocupação em manter os custos do SUS em um patamar de relativa estabilidade, sendo constantemente submetidas ao Supremo Tribunal questões relativas ao custeio do sistema e tentativas de onerar excessivamente o Estado, com renúncia dos entes privados de despesas que esses deveriam custear.

Há ainda questões relevantes quanto ao custeio do sistema de saúde quando o tratamento parte de ordem judicial o qual ainda não foi julgado pelo STF, a temática cuja análise de repercussão geral para admissibilidade foi analisada em 18 de fevereiro de 2019, ainda não tem julgamento, sendo reconhecida a constitucionalidade da questão, que versava sobre a responsabilidade da União ou do Estado ressarcirem o hospital particular quanto aos custos quando o dispêndio é originário de decisão judicial que ordenou o tratamento.

Tema 1033 - DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. TABELA SUS. REPERCUSSÃO GERAL. 1. A decisão recorrida condenou o Distrito Federal a pagar a estabelecimento privado de saúde o valor referente a serviços prestados em cumprimento de ordem judicial. 2. Constitui questão constitucional relevante definir se a imposição de pagamento pelo Poder Público de preço arbitrado pela unidade hospitalar viola o regime de contratação pública da rede complementar de saúde (art. 199, §§ 1º e 2º, da CF/1988), ou se o ressarcimento com base em preço tabelado pelo SUS ofende princípios da ordem econômica. 3. Repercussão geral reconhecida (REPERCUSSÃO GERAL NO RE 666094/DF – Julgamento: 21/02/2019, Min. Rel.: Roberto Barroso)

Além das teses com repercussão geral reconhecida acima, temos ainda, mais recentemente uma série de bloqueios financeiros para garantir o funcionamento do SUS, os quais foram defendidos e mantidos pelo STF sob o argumento da supremacia da saúde.

Agravo regimental na suspensão de tutela antecipada. Direitos fundamentais sociais. Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Determinação de bloqueio de valores para manutenção do atendimento público a pacientes do SUS. Não comprovação do risco de grave lesão à ordem e à economia públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento. 1. A decisão agravada não ultrapassou os limites normativos para a suspensão de segurança, isto é, circunscreveu-se à análise dos pressupostos do pedido, quais sejam, juízo mínimo de deliberação sobre a natureza constitucional da matéria de fundo e existência de grave lesão à ordem, à segurança, à saúde e à economia públicas, nos termos do disposto no art. 297 do RISTF. 2. Constatação de periculum in mora inverso, ante a imprescindibilidade da manutenção do atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sobressaindo-se a necessidade de proteção Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001. O documento pode ser acessado pelo endereço <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/autenticarDocumento.asp> sob o código 755A-45EE-F7BB-6703 e senha F8AE-5108-0464-882B Supremo Tribunal Federal Inteiro Teor do Acórdão - Página 1 de 11 Ementa e Acórdão STA 791 A GR / SC à saúde, à vida e à dignidade. 3. Agravo regimental ao qual se nega provimento.

Note-se, portanto, que a atuação do STF quanto a questões que se relacionam a saúde é tem sido tematicamente limitada, abordando a parte orçamentária e tributária do sistema

e não precisamente a obrigação de fornecer recursos, tratamentos ou medicamentos, restando a competência por esse tipo de decisão majoritariamente sobre o STJ, conforme veremos a seguir.

Ainda assim, cabe destacar duas decisões do Supremo Tribunal Federal com alta relevância para a presente dissertação e para a análise da questão da judicialização da saúde no Brasil.

A primeira, trata-se da decisão do Supremo de 2019 a qual reconhece que ainda que haja proibição de fornecimento de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é possível que, em casos excepcionais, a Justiça determine o fornecimento de medicamento pelo SUS, a decisão objeto do RE 657718, com repercussão geral sobre outros processos (STF, 2019).

O Plenário, por maioria de votos, fixou a seguinte tese para efeito de aplicação da repercussão geral:

- 1) O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
- 2) A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
- 3) É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos:
 - I – a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras;
 - II – a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior;
 - III – a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
- 4) As ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão ser necessariamente propostas em face da União.

Por fim, ainda em março de 2020, o Supremo Tribunal Federal também decidiu com repercussão geral o RE 566471, o qual versava sobre a obrigação do SUS em fornecer medicamentos de alto custo fora da lista de medicamentos do órgão. Segundo o posicionamento firmado pelo plenário, o Poder judiciário não pode compelir o executivo a fornecer medicamentos não previstos na lista de medicamentos aprovada do SUS.

A fixação da tese pelo órgão foi acompanhada de menções ao excesso da judicialização da saúde e ao prejuízo que o recurso ao Poder judiciário tem causado na execução das políticas públicas de saúde, segundo o Ministro Alexandre de Moraes: “Não há mágica orçamentária e não há nenhum país do mundo que garanta acesso a todos os medicamentos e tratamentos de forma generalizada” (STF, 2020, PÁGINA?)

Em 2018, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) exarou decisão em Recurso Especial repetitivo representativo de controvérsia pela possibilidade de fornecimento de medicamentos excluídos da relação de medicamentos do SUS em caráter excepcional, formulando sua própria lista de requisitos jurisprudenciais, os quais assumem natureza de formação de política pública:

ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. TEMA 106. JULGAMENTO SOB O RITO DO ART. 1.036 DO CPC/2015. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. POSSIBILIDADE. CARÁTER EXCEPCIONAL. REQUISITOS CUMULATIVOS PARA O FORNECIMENTO. 1. Caso dos autos: A ora recorrida, conforme consta do receituário e do laudo médico (fls. 14-15, e-STJ), é portadora de glaucoma crônico bilateral (CID 440.1), necessitando fazer uso contínuo de medicamentos (colírios: azorga 5 ml, glaub 5 ml e optive 15 ml), na forma prescrita por médico em atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A Corte de origem entendeu que foi devidamente demonstrada a necessidade da ora recorrida em receber a medicação pleiteada, bem como a ausência de condições financeiras para aquisição dos medicamentos. 2. Alegações da recorrente: Destacou-se que a assistência farmacêutica estatal apenas pode ser prestada por intermédio da entrega de medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o fornecimento de medicamentos constantes em listas editadas pelos entes públicos. Subsidiariamente, pede que seja reconhecida a possibilidade de substituição do medicamento pleiteado por outros já padronizados e disponibilizados. 3. Tese afetada: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (Tema 106). Trata-se, portanto, exclusivamente do fornecimento de medicamento, previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, não se analisando os casos de outras alternativas terapêuticas. 4. TESE PARA FINS DO ART. 1.036 DO CPC/2015 A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. 5. Recurso especial do Estado do Rio de Janeiro não provido. Acórdão submetido à sistemática do art. 1.036 do CPC/2015.

Adicionalmente, o Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal fixaram a tese de que havendo responsabilidade compartilhada dos entes federativos (União, Estado e Municípios) o cidadão pode optar por qual ente processar e concedido seu pedido, não cabe ação regressiva contra o suposto ente competente.

A constituição Federal de 1988 erige a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art. 196). Daí, a seguinte conclusão: é obrigação do Estado, no sentido genérico (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação necessária para a cura de suas doenças, em especial as mais graves, não podendo a divisão administrativa de atribuições estabelecida pela legislação decorrente da Lei n. 8.080/1990 restringir essa responsabilidade, servindo ela, apenas, como parâmetro da repartição do ônus financeiro final dessa atuação, o qual, no entanto, deve ser resolvido pelos entes federativos administrativamente ou em ação judicial própria e não pode ser óbice à pretensão da população ao reconhecimento de seus direitos constitucionalmente garantidos como exigíveis deles de forma solidária. 3. Não podem os direitos sociais ficar condicionados à boa vontade do administrador, sendo de fundamental importância que o Judiciário atue como órgão controlador da atividade administrativa. Seria uma distorção pensar que o princípio da separação dos Poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente fundamentais (AgRg no REsp 1.136.549/RS, Relator Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, julgado em 08.06.2010).

A questão da responsabilidade compartilhada tem grande importância e vem sendo fundamento repetido dos mais diversos julgados do órgão quanto a questões que envolvem o

SUS, justamente visando a perda da eficácia de decisões judiciais quando o poder público alega que determinado procedimento ou medicamento não é de sua alçada ou competência, bem como para tratar o sistema de saúde como um ÚNICO sistema, que é o objetivo final na criação do mesmo.

Esse entendimento vem sendo aplicado para cirurgias, medicamentos, procedimentos e todos os outros pedidos que porventura chegam ao STJ, sendo parte essencial no aumento da celeridade das decisões judiciais ao uniformizar o entendimento e ao dar tratamento de entendimento julgado em recurso repetitivo, o que significa que o entendimento fixado deve ser aplicado para os tribunais Estaduais e federais de 1º e 2º graus.

Imprescindível é notar que embora o STF e o STJ assumam papel de grande significado no julgamento das questões mais relevantes, o que fica claro é que são os tribunais de primeiro e segundo grau que efetivamente tem relevância no sentido de relevante repercussão orçamentária e financeira sobre a União Estados e municípios, os quais, por essa razão são os focos da presente dissertação.

3.3 Orçamento estadual e alocação de recursos da Saúde no Estado de Roraima entre 2015 a 2018

A instrução Normativa nº 001/2005 do TCE/RR determina que são despesas com ações e serviços de saúde as que promovem (Controladoria Geral do Estado de Roraima, 2018, p. 57-58):

- I. Vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II. Vigilância sanitária;
- III. Vigilância nutricional e orientação alimentar;
- IV. Educação para a saúde;
- V. Saúde do trabalhador;
- VI. Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII. Assistência Farmacêutica;
- VIII. Atenção a saúde dos povos indígenas;
- IX. Capacitação de recursos humanos do SUS;
- X. Pesquisa e desenvolvimento científico em saúde;
- XI. Produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais;
- XII. Saneamento básico quando associado a controle de vetores ou aos Distritos indígenas

O orçamento estadual do ano de 2015 era de R\$ 3.012.696.210,00 (três bilhões doze milhões seiscentos e noventa e seis mil duzentos e dez reais) para todas as despesas. Desse montante R\$ 5.581.704,46 (cinco milhões quinhentos e oitenta e um mil setecentos e quatro reais e quarenta e seis centavos) foram orçados para a realização de despesas com processos judiciais, sem que o relatório de prestação de contas anuais deixe claro quanto do montante

custeou serviços de saúde e quanto custeou outras perdas e pagamentos (RORAIMA – SEFAZ/RR, 2016).

Ao fim de 2015, porém, o dispêndio com processos judiciais foi de R\$ 14.110.557,19 (catorze milhões cento e dez mil quinhentos e cinquenta e sete reais e dezenove centavos), o que supera em mais de 120% o valor inicialmente previsto e indica uma subestimativa do custo dos processos judiciais pelo Estado de Roraima (RORAIMA – SEFAZ/RR, 2016).

O orçamento da saúde para o ano de 2015 correspondia a R\$ 520.052.039,40 (quinhentos e vinte milhões cinquenta e dois mil trinta e nove reais e quarenta centavos) o que equivale a 17,26% do orçamento do estado (RORAIMA – SEFAZ/RR, 2016). Esse percentual é superior aos 12% determinados na lei complementar nº 141/2012, de forma que se nota uma tentativa de expansão da estrutura de saúde e fornecimento do mínimo necessário ao cidadão do Estado, com investimentos superiores ao legislativamente determinados (BRASIL, 2012).

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 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.

Ao fim de 2015, o saúdo nos almoxarifados estaduais quanto a equipamentos de saúde e material correspondia a:

Tabela 6 - Estoque almoxarifado materiais de saúde em 2015

Material de consumo	Anterior	Movimento do exercício		Saldo para o exercício seguinte
		Entrada	Saída	
Material farmacológico	R\$ 522.056,35	R\$ 520.250,15	R\$ 520.250,15	R\$ 522.056,35
Material Odontológico	R\$ 26.163,75	R\$ 10.448,23	R\$ 10.448,23	R\$ 26.163,75
Material Laboratorial	R\$ 8.551.381,65	R\$ 8.571.587,08	R\$ 8.526.952,08	R\$ 8.596.016,65
Material médico-hospitalar	R\$ 28.238.662,58	R\$ 52.563.740,77	R\$ 57.210.660,43	R\$ 23.591.942,92
Solução parenteral de grande volume (soro)	R\$ 1.338.328,40	R\$ 1.338.328,48	R\$ 1.338.328,40	R\$ 1.338.328,40
Material de Nutrição enteral	R\$ 283.981,05	R\$ 1.857.896,05	R\$ 1.070.893,55	R\$ 1.070.893,55
Medicamentos básicos	R\$353.739,67	R\$350.972,17	R\$353.739,67	R\$ 350.972,17
Medicamentos hospitalares	R\$ 797.984,18	R\$ 699.939,39	R\$ 1.408.362,96	R\$ 89.560,61

Medicamentos de saúde mental	R\$ 205.175,14	R\$ 205.175,14	R\$ 205.175,14	R\$ 205.175,14
Medicamentos excepcionais (alto custo)	R\$ 357.075,44	R\$ 343.728,04	R\$ 357.072,44	R\$ 343.728,04
Total em equipamentos	R\$ 40.674,548,21	R\$ 66.507.065,50	R\$ 71.001.883,05	R\$ 36.134.837,58

Fonte: Prestação de Contas do Governo do Estado de Roraima de 2015.

Quanto aos bens imóveis, em 2015, foram dispendidos R\$ 6.426.889,93 em construção de hospitais e R\$ 58.055,26 na construção de farmácias ou laboratórios (RORAIMA – SEFAZ/RR, 2016).

Houve investimento ainda de R\$ 932.308,40 em aparelhos e equipamentos médicos, odontológicos, laboratoriais e hospitalares. Assim é possível verificar que dos R\$ 520 milhões reservados para o dispêndio da saúde em 2015, R\$ 73.924.319,09, o que corresponde a R\$ 14,21% do orçamento, investidos em medicamentos e material de consumos hospitalar, aparelhos médicos e melhoria da estrutura. Resta claro que a maior fatia desse valor, mais de 90% se destina a compra de materiais de consumo e não de investimento em equipamentos de longa duração (RORAIMA – SEFAZ/RR, 2016).

O exercício de 2016, por seu turno, não possui informações disponíveis quanto a orçamento e execução orçamentária, tendo por isso, sido impossível efetivar a coleta de informações quanto a esse ano e analisar os dados, já que não há disponibilidade do sítio eletrônico da transparência estadual de qualquer informação quanto a execução orçamentária desse ano.

Em 2017 percebe-se uma variação pequena no orçamento do estado com montante aprovado de R\$ 3.528.931.004,00 (três bilhões quinhentos e vinte e oito milhões novecentos e trinta e um mil e quatro reais), mas há uma variação grande em relação ao montante reservado para sentenças judiciais o que se nota é um salto das despesas com sentença judiciais a qual foi orçada em R\$ 50.892.900,42 para o exercício de 2017 (RORAIMA, 2018).

A despesa com sentença judiciais realizada no exercício ficou abaixo do inicialmente orçado correspondendo a R\$ 43.147.401,35, sem que seja determinado na prestação de contas se o valor dispendido se referia exclusivamente com processos relacionados a saúde (RORAIMA, 2018).

As despesas com saúde, por seu turno, foram orçadas em 697.452.427,55, o que correspondia a 19,76% de todo o orçamento estadual, o que mais uma vez supera o percentual

mínimo exigido em lei para investimento em saúde. Pouco menos da metade do orçamento se destinava a pagamento de pessoal, em torno de 49% (RORAIMA, 2018).

Tabela 7 - Estoque almoxarifado materiais de saúde em 2017

Material de consumo	Anterior	Movimento do exercício		Saldo para o exercício seguinte
		Entrada	Saída	
Material farmacológico	R\$ 2.274,20	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.274,20
Material Odontológico	R\$ 314.178,21	R\$ 0,00	R\$ 93.706,11	R\$ 220.472,10
Material Laboratorial	R\$ 10.444.768,27	R\$ 242.843,10	R\$ 1.277,00	R\$ 10.686.334,37
Material médico-hospitalar	R\$ 11.569.879,01	R\$ 3.463.189,48	R\$ 10.682.040,83	R\$ 4.351.027,66
Solução parenteral de grande volume (soro)	R\$ 2.857.937,97	R\$ 116.648,00	R\$ 116.648,00	R\$ 2.857.937,97
Material de Nutrição enteral	R\$ 670.074,13	R\$ 261.411,00	R\$ 749.706,12	R\$ 181.779,01
Medicamentos básicos	R\$ 381.332,17	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 381.332,17
Medicamentos hospitalares	R\$ 3.619.266,68	R\$ 882.729,56	R\$ 2.536.062,30	R\$ 1.943.913,94
Medicamentos de saúde mental	R\$ 211.961,14	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 211.961,14
Medicamentos excepcionais (alto custo)	R\$ 142.777,08	R\$ 941.336,76	R\$ 4.115,00	R\$ 1.079.998,84
Total em material de consumo	R\$ 30.214.448,66	R\$ 5.908.157,90	R\$ 14.183.555,36	R\$ 21.696.779,77

Fonte: Prestação de Contas do Governo do Estado de Roraima de 2017

Quanto aos investimentos em melhoria da estrutura de hospitais e equipamentos permanentes (tais como máquinas para realização de exames) em 2017 temos que não houve dispêndio quanto a melhoria ou construção de laboratórios. Ademais havia saldo orçamentário de R\$ 48 milhões para utilização na construção e melhoria dos hospitais, sendo reservados adicionais R\$ 735 mil, mas sendo utilizados efetivamente apenas R\$ 111.225,70 (RORAIMA, 2018).

No quesito de aquisição de maquinário laboratorial e hospitalar temos que havia um saldo orçamentário de R\$ 48.826.369,84, referente ao exercício de 2016, e houve a entrada de R\$ 800.347,03 para ser executado em 2017, mas a efetiva execução da despesa ficou em R\$ 507.132,03 em equipamentos (RORAIMA, 2018).

Dado interessante presentes nas planilhas referentes aos bens de consumo em almoxarifado é a presença de estoques de alto valor para medicamentos básicos e de alto custo, bem como para materiais médico-hospitalares. Tal dado, demonstrado nas prestações de contas anteriores enseja preocupação porque demonstra a falta de utilização de grande parte dos bens adquiridos os quais permanecem em estoque.

A situação de estoques de materiais de saúde elevados indica dois problemas administrativos, os quais pela mera visualização dos dados não se pode apontar diretamente. O primeiro problema seria a compra excessiva ou até absoluta de materiais com baixa necessidade e por isso sem larga utilização e o segundo problema poderia apontar para bens que não são utilizados no mesmo exercício porque passaram do prazo de validade, ocasionando verdadeira perda monetária para o Estado de Roraima.

No próprio exercício de 2017 houve denúncia quanto a falta de agulhas e outros materiais de consumo hospitalar, bem como medicamentos e até mesmo soro fisiológico. No entanto, dados do estoque estadual, demonstrados na prestação de contas de 2017, reportam estoque superior a R\$ 2 milhões em soro fisiológico.

Nesse sentido, não há explicação para que o material não encontre utilização pela população e tenha sido mantido integralmente o estoque referente ao exercício anterior (2016) em 2017 de forma intocada. No caso, a única explicação é que o material referente ao exercício anterior estava inutilizável, tendo expirado seu prazo de validade ou tendo sido estocado de forma equivocada.

Cabe ressaltar que a situação também ocorreu em 2015, deixando patente pela tabela de estoques daquele ano a situação de inutilização de material presente no estoque estadual.

A situação é ainda mais grave quando se analisa que no ano de 2017 houve uma série de medicamentos de alto custo no estoque de 2016 que também não tiveram utilização e foram mantidos em estoque.

Resta patente também a progressiva redução do dispêndio estadual com material de consumo médico, já que em 2015, conforme demonstra a tabela 6 se dispendeu R\$ 71 milhões de reais em materiais de consumo de saúde e em 2017 o dispêndio total foi de R\$ 14 milhões.

O decréscimo de investimento é inexplicável tendo em vista o total orçamentário reservado para saúde, que foi maior que em 2015 e que havia saldo orçamentário para execução da despesa.

Conforme veremos no capítulo seguinte, a medida que os processos quanto a medicamentos aumentaram em 2017 e 2018 seria essencial que o Governo passasse a uma utilização melhor dos recursos visando a reduzir o número de demandas judiciais e proporcionar um atendimento mais eficiente a população, sem que haja despesa com medicamentos que não serão utilizados.

Em 2018, o Estado de Roraima aprovou orçamento total no montante de R\$ 3.618.267.836,00 (três bilhões seiscientos e dezoito milhões duzentos e sessenta e sete mil oitocentos e trinta e seis reais) (CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO, 2018; RORAIMA, 2019)

Apenas em 2018, vemos uma redução da reserva orçamentária do Estado para a saúde. O orçamento estadual reservado para as ações de saúde do Estado de Roraima era de R\$ 535.907.245,89 (quinhentos e trinta e cinco milhões novecentos e sete mil duzentos e quarenta e cinco reais e oitenta e nove centavos), respeitado o percentual de aplicação do mínimo de 18% das receitas Estaduais totais na saúde pública, previsto no art. 138 da Constituição do Estado de Roraima (Controladoria Geral do Estado, 2018), tendo sido efetivamente executado R\$ 574.748.815,41, superando em 29 milhões o montante efetivamente estimado, mas ainda mantendo o despesa total abaixo da despesa de 2017 (RORAIMA, 2019).

Nesse ano, a execução orçamentária com despesas em saúde foi de R\$ 542.880.608,07 (quinhentos e quarenta e dois mil oitocentos e oitenta reais seiscientos e oito reais e sete centavos), correspondendo a uma aplicação de 18,21% das receitas orçamentariamente previstas para o exercício de 2018 (CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO, 2018).

Um dado interessante e não mencionado nas prestações de contas anteriores é que embora a despesa tenha ficado dentro do limite orçamentário inicial, o gasto, de fato supera os valores orçados e destinados a saúde. O dispêndio em 2018, foi de aproximadamente 1,2 bilhões com saúde, sendo que 70 milhões construía restos a pagar não processados (RORAIMA, 2019)

A despesa com sentenças judiciais foi inferior a 2017, no montante R\$ 28.135.384,85 (vinte e oito milhões cento e trinta e cinco trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e cinco centavos), inferior ao valor estimado no orçamento de R\$ 34.272.045,12 (trinta e quatro milhões duzentos e setenta e dois mil e quarenta e cinco reais e doze centavos) (RORAIMA, 2019)

A prestação de contas de 2019 não conteve análise patrimonial e de aquisição de bens de consumo que construía o estoque ao fim do exercício de 2018, de forma que não foi possível obter dados quanto ao estado dos estoques quanto a medicação e equipamentos de saúde em 2018, tampouco quanto a aplicação de investimentos para construção de hospitais e em novos equipamentos que objetivam a melhoria da estrutura existente.

A ausência de tais informações prejudica a visualização, principalmente no que se refere ao exercício de 2018 da situação da saúde, sob a ótica estatal. Não há dados suficiente para indicar os gargalos ou até mesmo a destinação específica dos valores reservados para a saúde, carecendo de transparência a prestação de conta. Tal situação é grave, já que dados jamais colhidos ou apresentados, não serão posteriormente coletados ou recuperados, constituindo uma falha que prejudica o planejamento do exercício seguinte e a melhora da estrutura de saúde do Estado como um todo.

Ainda assim, é possível concluir que, a despeito das poucas informações o dispêndio no exercício de 2018 foi elevado, mantendo-se os gastos com pessoal em torno de 56.6% do orçamento, de forma que a tendência a despender larga parte do orçamento com reais investimentos não se modificou.

4 A JUDICIALIZAÇÃO NO ESTADO DE RORAIMA

O tópico presente visa precipuamente a apresentação dos dados coletados nos sistemas judiciais eletrônicos e acessados pelo autor do presente trabalho. Trata-se de situação essencial tendo em vista a impossibilidade do entendimento de uma análise objetiva sem a apresentação dos dados, na forma de planilhas e análises, bem como de gráficos.

Para tanto cabe ressaltar os parâmetros de levantamentos de dados. As buscas realizadas ocorreram no processo judicial digital (PROJUDI) do Estado de Roraima, ou seja, os dados referem-se exclusivamente a processos submetidos ao judiciário estadual, não sendo analisados os processos submetidos ao judiciário federal.

Tal escolha se deve ao fato de que o objetivo da presente dissertação é verificar o montante dispendido pelo Estado de Roraima para prover serviços de saúde requeridos judicialmente, já que conforme demonstrado acima, a análise dos relatórios de alocação de orçamento da Secretaria de Estado da saúde não demonstra esses dados de forma específica.

Dessa forma, eventuais processos existentes na justiça federal significariam que os autores acreditam que a responsabilidade primária por arcar com o medicamento ou serviço de saúde necessário é do governo federal, não havendo impacto direto no dispêndio do orçamento

estadual e tampouco nos serviços de saúde oferecidos de forma local, já que conforme apontado no subitem 2.3 da presente dissertação, o estado de Roraima não possui hospitais federais, de forma que os únicos estabelecimentos de saúde federais são efetivamente os postos de saúde indígenas, os quais não oferecem serviços complexos aptos a ensejar processos judiciais.

Logo, a pesquisa por meio do PROJUDI foi plenamente capaz de fornecer um amplo panorama da saúde e dados estatísticos seguros quanto ao dispêndio e incidência temática de processos judiciais protocolados contra o Estado de Roraima, nos mais diversos temas da saúde.

Tendo em vista ainda a manutenção do recorte temático da dissertação a título de entidade, em que se fixou o Estado de Roraima como o alvo para verificação do dispêndio e custos dos processos judiciais, o outro item delimitador utilizado na pesquisa foi a presença obrigatória do Estado de Roraima no polo passivo das demandas, de forma que se excluiu da pesquisa processos que foram iniciados de forma exclusiva contra um dos municípios do Estado, sem a inclusão do ente estadual.

O recorte temporal pesquisado foi de 4 anos, iniciando-se a pesquisa com dados de 2015 até fins de 2018, período em que todos os processos do Estado de Roraima já haviam sido digitalizados e incluídos no sistema. Excluiu-se, porém, a pesquisa referente ao ano de 2019 em razão de ser relativamente recente demais para obtenção de dados consolidados e confiáveis, já que conforme se verá ao longo do presente capítulo, os processos em média levam um ano para obterem resolução de mérito definitiva.

É pertinente ainda para a situação em apreço abordar brevemente a questão dos dados judiciais obtidos e utilizados na elaboração da presente dissertação. Preliminarmente, cabe ressaltar que os dados obtidos foram essencialmente obtidos por meio do PROJUDI, o qual é o sistema de processo eletrônico que funciona no Estado de Roraima e para onde todas as demandas contra o Poder estadual e municipal estão concentradas.

Desde 2017, todos os processos eletrônicos do Estado estão no PROJUDI e isso inclui a digitalização de todos os processos que ainda não haviam se encerrado no momento da ordem de digitalização.

A digitalização processual foi regulamentada no Estado de Roraima pela Portaria nº 2.269, de 6 de outubro de 2016, e Portaria nº 2643, de 30 de novembro de 2016, determinando a progressiva digitalização de todos os feitos em curso em 2017.

Dessa forma, a base de dados do trabalho reflete esse período de transição, já que os processos consultados no ano de 2015 e 2016, por meio do PROJUDI são processos que não tiveram encerramento célere e que ainda estavam em processo de cumprimento das obrigações ou nos quais se verificaram dificuldades no cumprimento das obrigações estipuladas, além de todos os processos protocolados em 2015 e 2016.

Adicionalmente, temos que ressaltar que os números referentes a 2015 e 2016 podem não refletir a integralidade dos processos judiciais protocolados com a temática da saúde nesses anos, já que podem existir processos que tenham se iniciado em 2015 e que até fins de 2016 tenha se encerrado por cumprimento ou qualquer outra razão processual ou legal. O mesmo pode ser dito de processos protocolados em 2016, já que pode haver um número indeterminado, embora infinitamente menor, de processos protocolados e encerrados no curso do mesmo ano na temática da saúde.

Acredita-se, porém que os processos não digitalizados e encerrados anteriormente a digitalização, principalmente referente ao ano de 2016, seja extremamente reduzido, quiçá inexistente, tendo em vista que apurou-se que em 2016 os processos mesmo na seara temática da saúde duravam em média 1 ano e 9 meses. De forma que há poucas chances de existirem processos que tenham se iniciado e encerrado em 2015 e em 2016 e por isso não tenham passado por procedimento de digitalização.

Quanto a 2017 e 2018, porém, o risco de exclusão é nulo, já que a partir de 2017, todos os processos se iniciaram diretamente por meio do sistema PROJUDI e o controle virtual abrange a totalidade dos processos protocolados no âmbito do Poder estadual local.

Há que se ressaltar ainda que uma análise tão abrangente e capaz de fornecer uma visão tão clara não seria possível antes da implantação dos sistemas virtuais de processo judicial, já que anteriormente havia grande dificuldade no acesso aos dados e uma consulta com um viés tão estatístico como tem o da presente dissertação implicaria a consulta presencial e manual de todos os processos existentes e que tramitam perante as duas Varas da fazenda pública do Estado de Roraima.

Há que se ressaltar ainda a questão da manutenção do sigilo. Houve uma opção no trabalho de pesquisa pela manutenção do sigilo dos polos ativos e beneficiários da demanda em razão de terem os dados tratar-se de percentual relevante de crianças e idosos e por haver certo número de processos em estado sigiloso, o qual impede a divulgação de nomes ou dados específicos do processo.

Dessa forma, realizou-se a opção por excluir a menção a nomes ou itens qualificadores, exceto por itens como população, o qual na pesquisa foi usado para qualificar se o beneficiário integrava a população urbana, rural ou indígena da sociedade roraimense e o item polo ativo, onde há a mera identificação quanto a tratar-se de criança, idoso ou adulto.

Sublinhe-se ainda que embora o item número do processo tenha sido levantado e conste na planilha de dados, trata-se de mero item de controle, que visa evitar o levantamento de dados duplicado, ou seja, duas vezes do mesmo processo, e que não constará qualquer menção a número de processo específico no trabalho ou nas inferências estatísticas a serem realizadas.

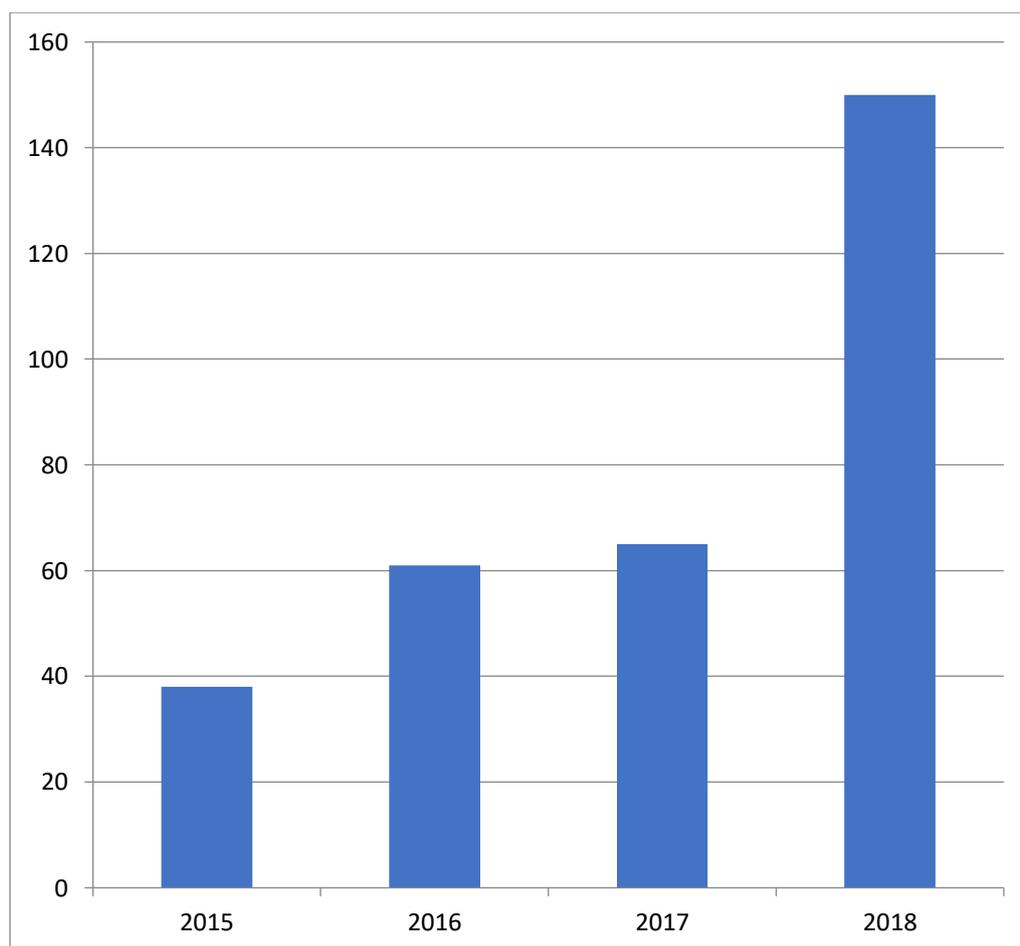
4.1 Processos com maior incidência temática no Estado de Roraima por patrono

Inicialmente cumpre destacar que tem ocorrido um aumento progressivo do número de processos na temática saúde no Estado de Roraima, conforme os dados colhidos, em 2015 havia apenas 38 processos tramitando no Estado de Roraima, enquanto que em 2018 foram protocolados 150 processos, isso representa um aumento de 395% em quatro anos da judicialização de questões de saúde pública.

As razões para tal movimento são óbvias e amplamente conhecidas, já que a partir de 2016 houve um aumento no influxo de imigrantes oriundos do Haiti, Venezuela e Cuba (LIMA e FERNANDES, 2019), os quais, por seu número súbito e inesperado, causaram o esgotamento e superlotação de vários dos serviços públicos oferecidos pela máquina estatal brasileira (BARBOSA *et al.*, 2020).

A saúde pública, nesse sentido, é um dos principais alvos de esgotamento, já que inicialmente o Estado não estava preparado para fornecer serviços de saúde para uma população que aumentou em quase 85.000 pessoas em um curto espaço de tempo (BARBOSA *et al.*, 2020)

Gráfico 1 - Processos na temática saúde 2015-2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

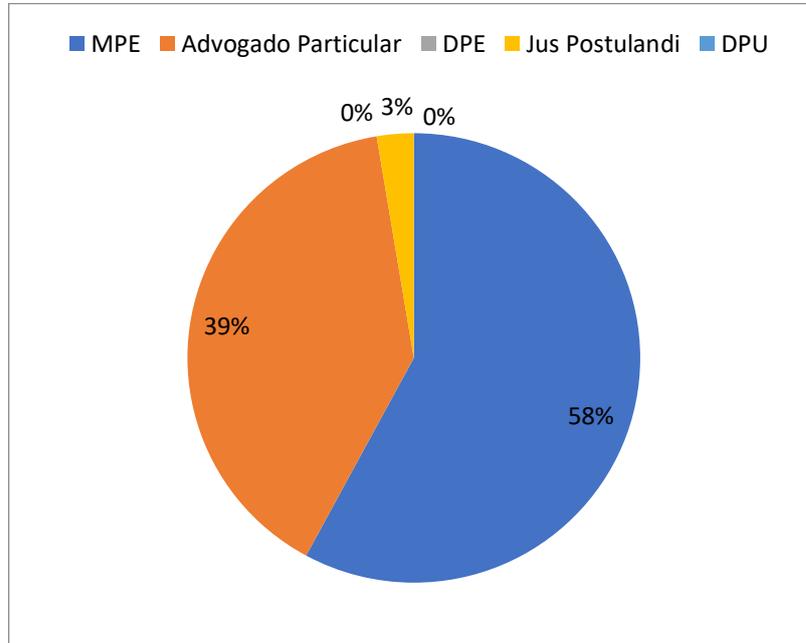
O gráfico acima demonstra claramente que em 2018 o aumento de processos na temática saúde cujo polo passivo é o Estado de Roraima que até então tinha se mantido em um patamar estabilizado sofreu um aumento súbito o que representou um aumento de 230% na judicialização em relação ao ano de 2017.

Esse aumento foi percebido pela Promotoria de saúde do Estado, a qual em 2018 realizou audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado em outubro de 2018, na qual a mesma apontou o aumento vertiginoso de processos judiciais para requerer a realização de cirurgias e medicamentos, os quais o Estado por si possuía a obrigação de fornecer (FOLHA DE BOA VISTA, 2019).

Em termos percentuais o gráfico que melhor demonstra o aumento do percentual de participação da DPE dentre os processos protocolados na temática de saúde são os que seguem

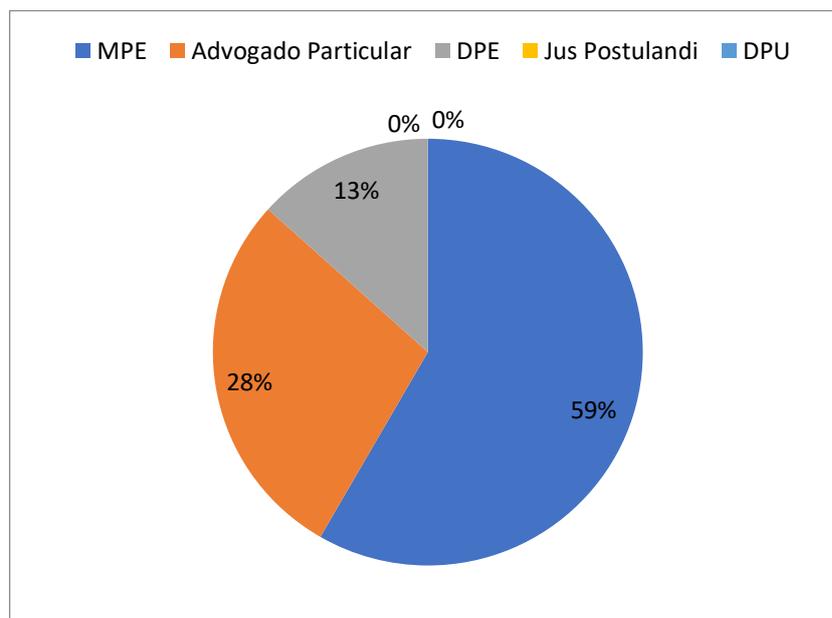
abaixo, pois representam o percentual de participação efetiva do Ministério Público do Estado nos processos relacionados a saúde protocolados nos últimos 4 anos.

Gráfico 2 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2015



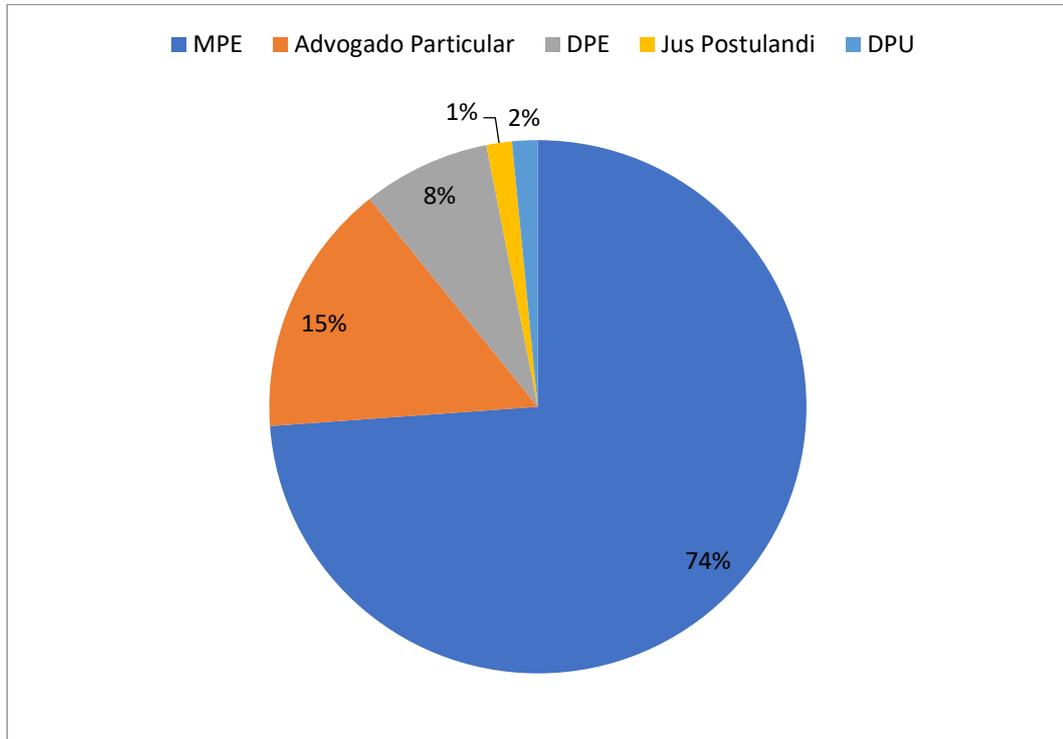
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Gráfico 3 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2016



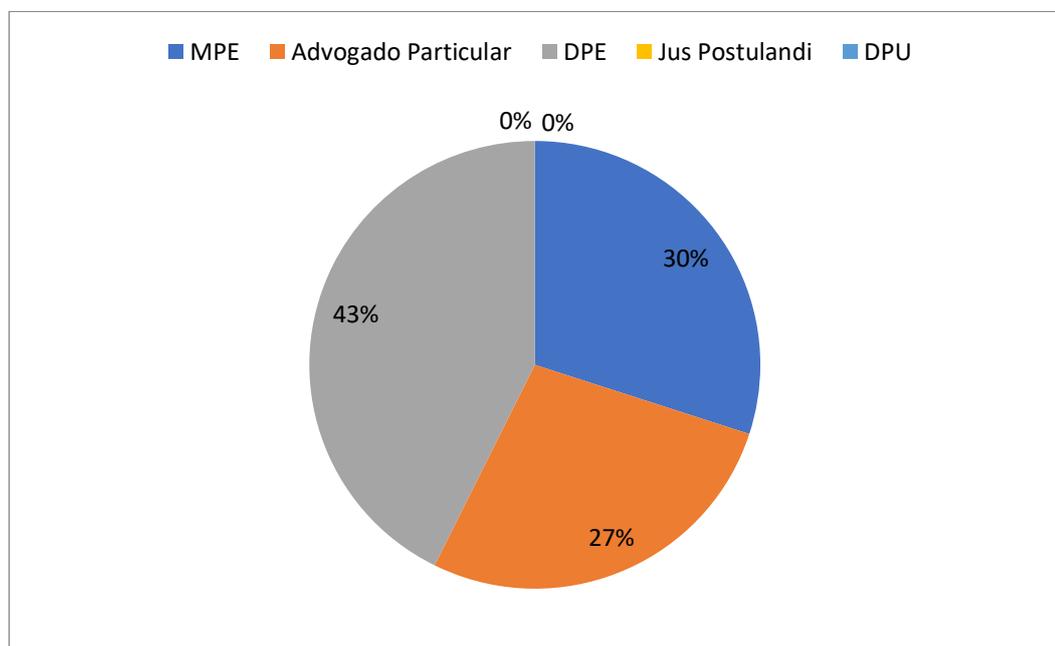
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Gráfico 4 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2017



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação(2020).

Gráfico 5 - Distribuição percentual de processos por patronos processuais 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Entre 2015 e 2017 a participação do Ministério Público no polo ativo de ações civis públicas em defesa do direito à saúde saltou de 59% para 74%, havendo em 2018 um equilíbrio de participação em 2018. Ainda assim, em números absolutos houve um salto no número de processos protocolados.

Conforme os dados colhidos em 2015 o Ministério Público protocolou 22 ações em defesa dos direitos de saúde dos cidadãos roraimenses, em 2016 esse número saltou para 38 ações e em 2017, tivemos o protocolo de 48 ações, havendo uma mínima redução em 2018, quando houve o protocolo de 45 ações. Houve assim um aumento de mais de 200% no número de ações sob a responsabilidade do Ministério Público do Estado no exercício de sua função de defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, prevista no art. 127 e 129, inciso III da Constituição Federal.

Os dados colhidos na pesquisa ainda apontam o fato de que tem havido uma participação progressiva da Defensoria Pública do Estado como representante de cidadãos na busca de seus direitos de saúde e que em 2018, conforme demonstra o Gráfico 5 acima, a participação chegou a maior já verificada, de forma que em 2018, 43% de todos os processos iniciados no judiciário estadual de Roraima tinha como patrono a Defensoria Pública do Estado de Roraima, o que em números absolutos significou que dos 150 processos iniciados na temática saúde, 64 deles tinham como patrono a defensoria pública estadual.

Esse número é significativo, já que o objetivo constitucional da defensoria é a defesa de direito individuais e coletivos aos necessitados de forma integral e gratuita, conforme prevê o art. 134 da Constituição Federal brasileira (BRASIL, 2020) e que a defensoria estadual tem 20 anos de atuação no Estado, tendo sido criada pela Lei Complementar Estadual nº 37, de 19 de maio de 2000.

A atuação frequente da DPE é um claro indicativo da população que necessita fazer valer seus direitos de acesso ao sistema de saúde, no caso uma população carente, já que a Defensoria se limita ao atendimento da população vulnerável economicamente, ou seja, que ordinariamente não tem condições de arcar com um advogado particular.

A caracterização de vulnerabilidade pela Defensoria Pública do Estado ocorre pela cumulatividade de três requisitos: renda familiar mensal que não supere 3 (três) salários mínimos, ausência de propriedade de bens móveis ou imóveis que superem 120 (cento e vinte) salários mínimos, ausência de recursos financeiros em aplicações ou investimentos que

superem 12 (doze) salários mínimos (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA, 2017).

No caso de processos na temática saúde, a regra de caracterização da vulnerabilidade é flexibilizada conforme disposições da Resolução nº 042/2017 (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA, 2017):

Art. 2º Presume-se necessitada a pessoa natural integrante de núcleo familiar que atenda, cumulativamente, às seguintes condições:

(...)

§ 2º. O limite do valor da renda familiar previsto no inciso I deste artigo será de quatro salários mínimos federais, quando houver fatores que evidenciem exclusão social, tais como:

- a) núcleo familiar composto por mais de 5 (cinco) membros;
- b) gastos mensais comprovados com tratamento médico por doença grave ou aquisição de medicamento de uso contínuo;
- c) núcleo familiar composto por pessoa com deficiência ou transtorno global de desenvolvimento;
- d) núcleo familiar composto por idoso ou egresso do sistema prisional;
- e) núcleo familiar com renda advinda de agricultura familiar;

Tratando-se, portanto, de questões de saúde e famílias em situação potencialmente vulnerável o aumento da participação da Defensoria entre os patronos de causas que tratam da saúde do cidadão é extremamente indicativo do tipo de população que realmente necessita procurar a justiça para fazer valer seus direitos e obter os tratamentos e medicamentos que necessita.

Por fim, cabe ainda apontar a relativa estabilidade da participação de advogados particulares na temática de saúde em termos percentuais. Em 2016, 28% dos processos na temática saúde possuíam advogados particulares como patronos e em 2018 esse percentual era de 27%, o que indica uma relativa estabilidade. Tal dado é um indicador relevante na análise do percentual da população de classe média, especialmente a classe C, a qual compõe a população majoritária que necessita procurar o Poder judiciário para conseguir recursos para tratamentos diversos.

A chamada Classe C, da Fundação Getúlio Vargas (FGV) é composta de pessoas que ganham a partir de R\$ 4.180,00 até R\$ 10.450,00 (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2020). Essa população possui recursos para a contratação eventual de um advogado, mas não possui recursos para o pagamento de um plano de saúde completo ou para tratamentos e cirurgias específicos.

Conforme dados do IBGE (2020) em 2019 apenas 28,5% da população brasileira, o equivalente a 59,7 milhões de pessoas, tinha acesso a planos de saúde privados. Dentre a

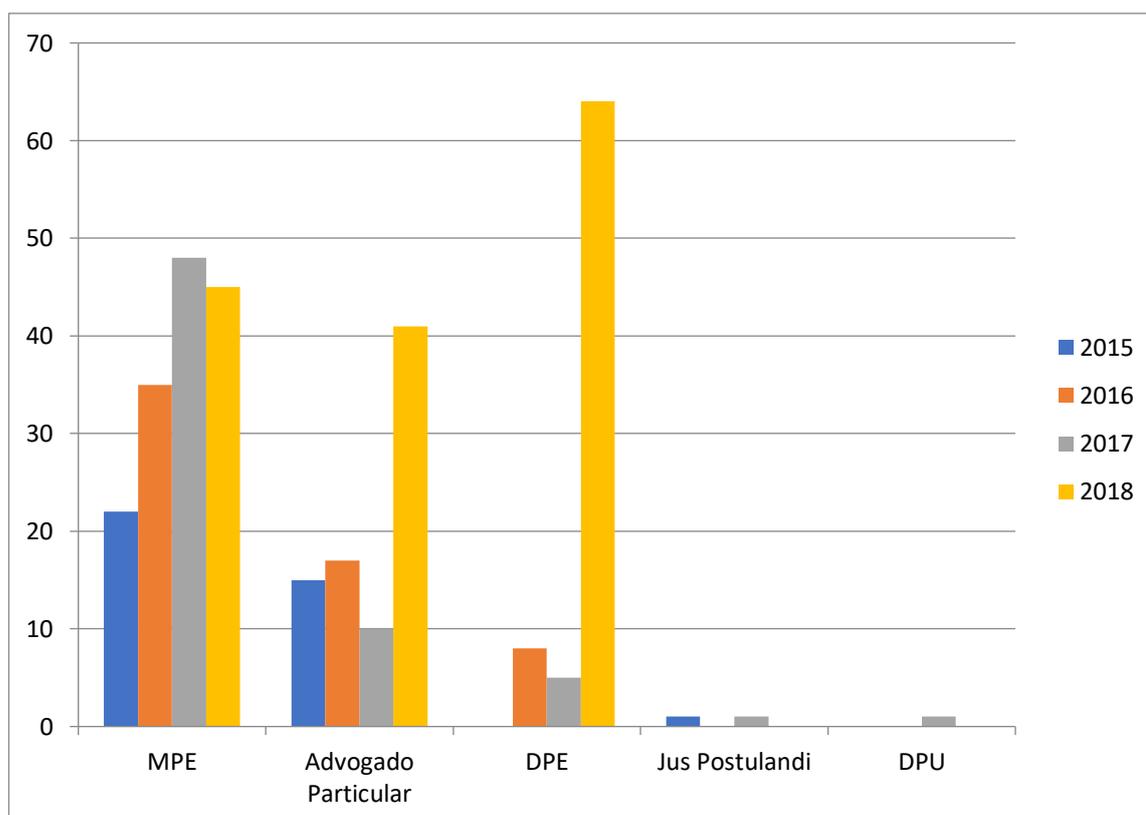
população com salário de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo esse percentual decresce para 2,2% e na faixa de pessoas com renda de mais de 5 salários mínimos esse percentual é de 86,8%.

Assim, a população que geralmente necessita do SUS é exatamente a população com renda de até 5 salários mínimos, a qual não se encontra nos critérios de vulnerabilidade da DPE/RR, mas necessita dos serviços de saúde pública oferecidos pelo SUS e por vezes necessita procurar o Poder judiciário.

Ainda assim, em números absolutos há um aumento do número de processos iniciados por advogados particulares. Em 2015 foram iniciados 15 processos, cuja representação processual era de advogados particulares, mas em 2018 foram iniciados 41 processos o que representa um aumento de 173% em relação a quatro anos atrás e é um claro indicativo de uma crise no fornecimento do serviços básicos, já que é um aumento sem precedentes.

Abaixo, segue gráfico da distribuição temática dos números absolutos de processos de saúde por patrono judicial para melhor ilustrar a situação.

Gráfico 6 - Distribuição temática de processos de saúde por patrono em números absolutos



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Dentre os dados colhidos cabe ainda mencionar que em se tratando dos polos passivos apurou-se que a larga maioria dos processos protocolados na justiça estadual tem como polo passivo o ESTADO DE RORAIMA.

4.2 Análise de dados quanto aos procedimentos e tratamentos buscados pelos pacientes

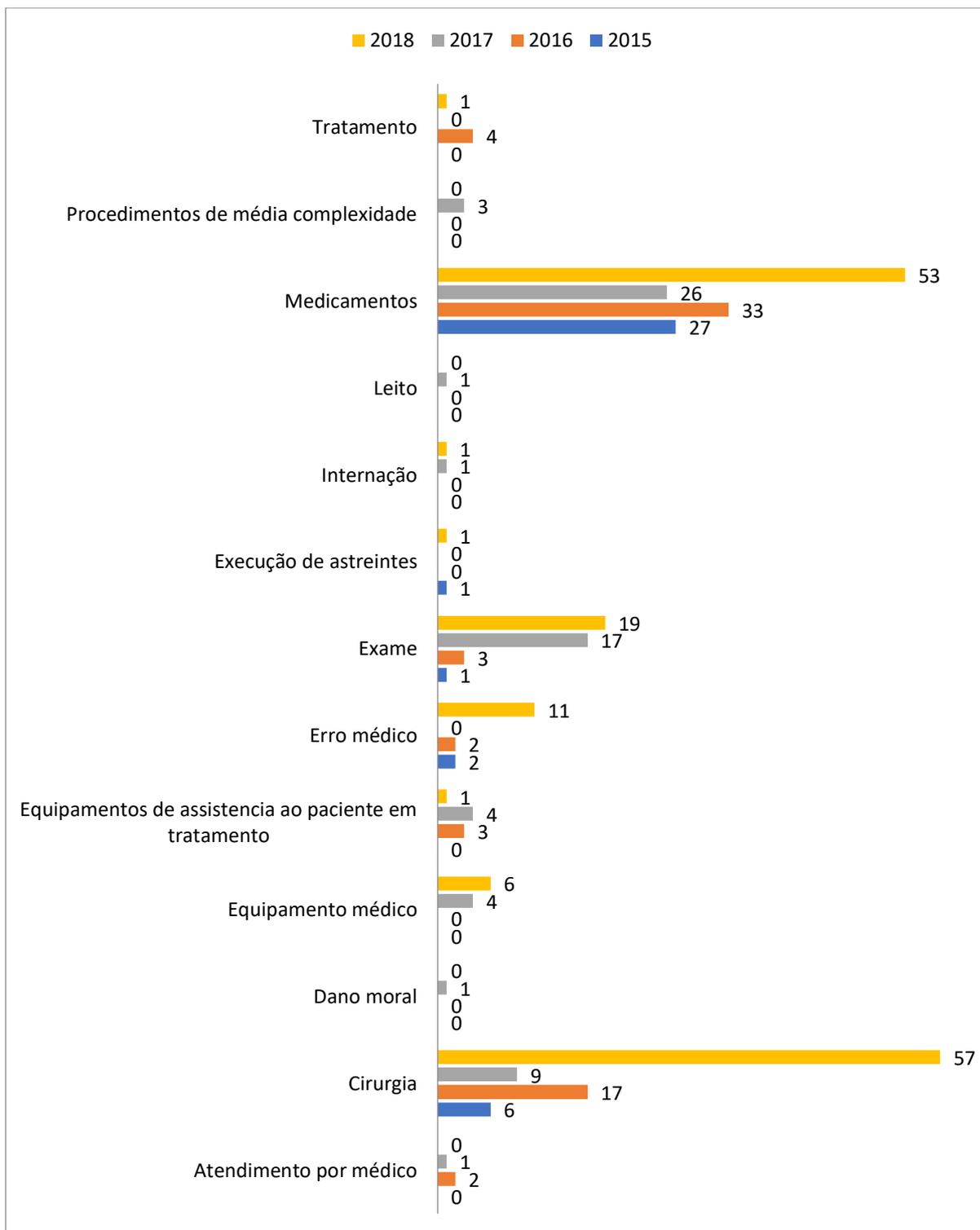
Os dados colhidos na pesquisa demonstram que no Estado de Roraima ao longo dos anos as demandas têm aumento em variação. Se em 2015, havia basicamente 3 tipos de pedidos judiciais (cirurgia, medicamento, indenização por erro médico), os anos de 2016 e 2017 representaram um aumento na variação do tipo de demandas, as quais, para o presente trabalho, foram divididas nos tipos a seguir para efeitos didáticos que visam garantir um melhor agrupamento: 1. Atendimento; 2. Cirurgia; 3. Dano Moral; 4. Equipamento médico; 5. Equipamento de assistência ao paciente em tratamento; 6. Erro médico; 7. Exames; 8. Execução de astreintes; 9. Internação; 10. Leito; 11. Medicamento; 12. Procedimentos de média complexidade; 13. Questões funcionais e administrativas; 14. Tratamento.

Conforme o agrupamento de questões acima, deliberadamente excluiu-se as questões funcionais e administrativas, as quais na pesquisa realizada apareceram como vinculadas a saúde, mas se tratam de questões vinculadas não ao serviço de saúde do Estado, mas ao acesso de documentos e questões funcionais ou trabalhistas de trabalhadores da saúde, ou seja, não se conectam a temática do presente trabalho. A exclusão desse dado colhido na pesquisa levou a retirada do total de processo por pedido de um processo em 2015 e dois processos em 2017, não havendo qualquer exclusão de dados a serem considerados na coleta de 2016 e 2018.

Deve ser ressaltado ainda que na consolidação dos dados para formação dos gráficos referente aos anos de 2016 e 2017, houve a necessidade de considerar processos de forma dupla em razão da cumulação de pedidos com mais de uma pertinência temática agrupada. Assim, embora em 2016 se verifique efetivamente o protocolo de 61 processos, para efeitos de pedidos os mesmos contam como 64 pedidos. Situação similar ocorreu nos dados de 2017, no qual se verifica o protocolo de 65 processos, mas são considerados para efeitos de pedidos pertinentes 67.

Ressaltar essa situação é imprescindível visando sanar possíveis questões quanto aos dados e aos gráficos formados por esses, evitando questionamentos quanto a sua integridade da pesquisa e dos dados utilizados. Abaixo colaciona-se o gráfico temático quanto aos pedidos de providência judicial dividido por ano.

Gráfico 7 - Pleitos judiciais classificados por grupos de pedidos durante o período 2015-2018

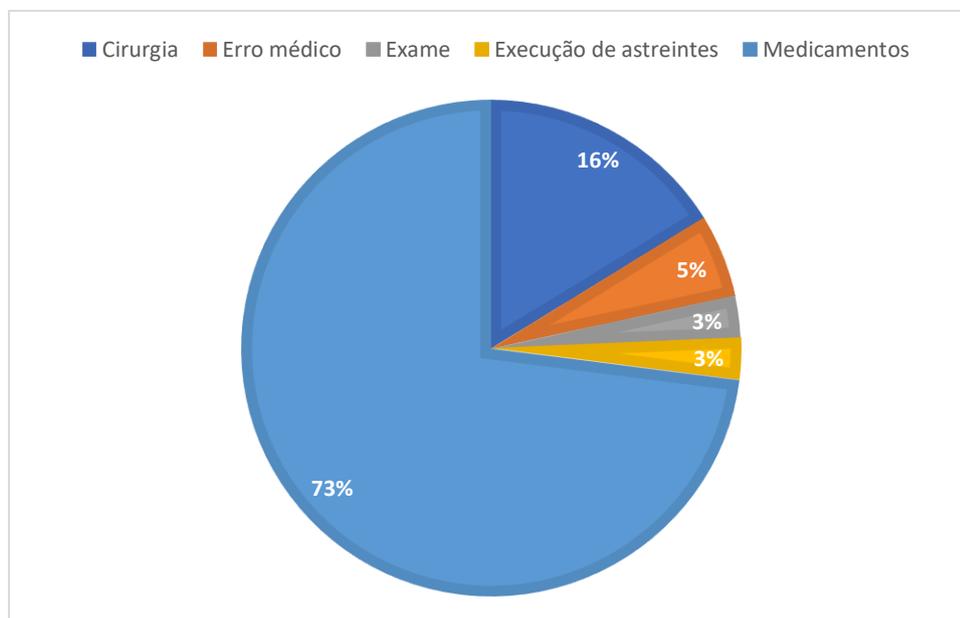


Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

A simples leitura inicial do gráfico faz saltar aos olhos duas informações: o aumento do número de pedidos de provimento judicial em 2018, em relação aos anos anteriores,

informação previamente analisada no tópico anterior e; o domínio preponderante de pedidos de medicamentos e cirurgias. A preponderância temática desses dois tópicos fica ainda mais clara ao se analisar os gráficos abaixo em que são demonstradas a preponderância de pedidos em cada ano.

Gráfico 8 - Pedidos realizados no ano de 2015 divididos por objeto do pleito judicial



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Dos 13 tipos de pedidos verificados inicialmente, em 2015 verifica-se apenas pedidos em 5 áreas temáticas, sendo preponderantes os pedidos em duas áreas: medicamentos e cirurgias. Cabe ainda notar a incidência de dois tipos de processos bem específicos o de dano por erro médico e o de execução de multa previamente imposta contra o Estado. Na primeira hipótese de erro médico se nota uma baixa incidência processual, ainda que geralmente a repercussão sobre custos seja mais elevada que um processo que busca necessariamente um tipo de serviço médico.

O segundo tipo mencionado de processo, o de execução de astreintes é mais um sintoma da demora estatal no provimento de um serviço. Uma vez concedida a liminar em um serviço de saúde ou medicamento é emitida uma ordem judicial para fornecimento imediato do bem pelo Estado de Roraima.

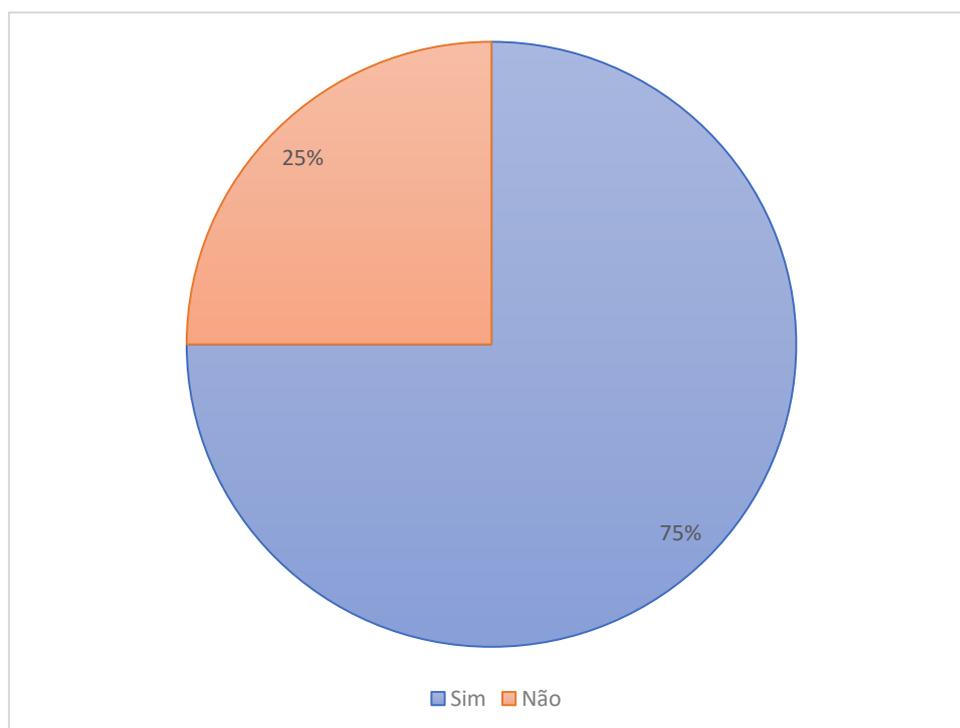
Em 2015, 73% dos pedidos era de fornecimento de medicamentos e 16% era de cirurgia, de forma que 89% dos pedidos em relação a saúde se concentram em dois tipos de

pedidos, tratando-se efetivamente do gargalo da saúde local, qual seja o fornecimento de medicamentos.

Ainda investigando a pertinência temática dos pedidos judiciais efetuados no ano de 2015, verificou-se ainda se os pedidos relacionados aos medicamentos e cirurgias tratavam-se efetivamente de procedimentos cobertos pelo SUS e que os pedidos de exames realizados tratavam-se de exames cobertos pelo SUS, mas não disponibilizados no âmbito do Estado de Roraima, razão pela qual era necessário a concessão de autorização estatal para tratamento fora do domicílio (TFD), ou seja, no caso a existência de um pedido de exame não indica uma deficiência ou demora na fila do Estado, mas uma deficiência que relaciona a inexistência de determinados tratamentos e exames de maior complexidade.

Em seguida dentro dos dados obtidos partiu-se para o questionamento quanto a cobertura dos procedimentos com maior incidência temática em 2015. No caso, medicamentos e cirurgias. O gráfico abaixo demonstra, quanto aos medicamentos, se os pedidos tratavam-se de remédios que obrigatoriamente constavam na lista do SUS e por isso, deveriam ser fornecidos ao cidadão, havendo necessidade.

Gráfico 9 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2015



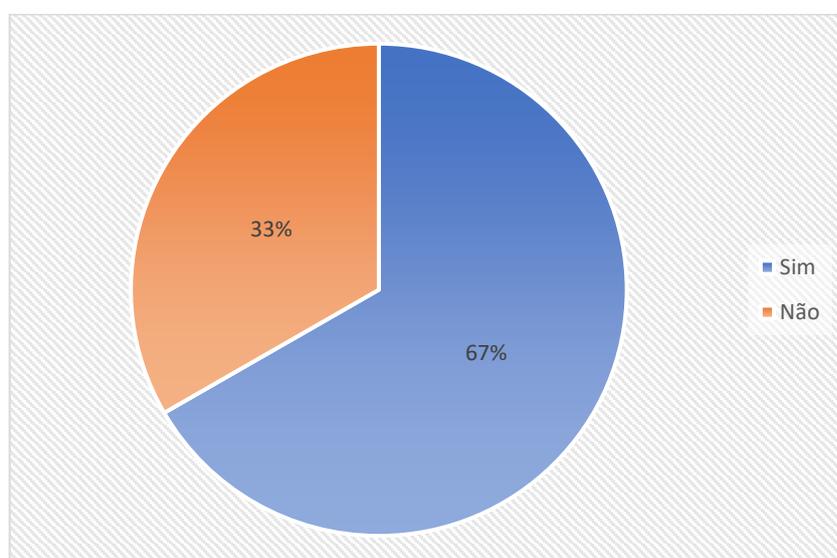
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Conforme demonstra a planilha acima, 75% dos medicamentos requeridos nos processos de 2015 tratavam-se de medicamentos constantes na lista de medicamentos do SUS, de forma que efetivamente se demonstra a deficiência estatal no fornecimento do medicamentos, já que os mesmos, por constarem na lista deveriam ser corriqueiramente fornecidos e entregues a população a pronta entrega. Apenas 25% dos medicamentos requeridos não constavam da lista do SUS, sendo medicamentos com fornecimento não previsto a população.

No âmbito das cirurgias verifica-se que 100% das mesmas estavam incluídas entre os serviços que deveriam ser oferecidos pelo SUS, não havendo um pedido sequer em 2015, que se relacionasse a cirurgias não ofertadas pelo sistema único de saúde, de forma que a priori, tratavam-se de pedidos que deveriam ter sido atendidos pelo sistema sem que fosse necessário pleitear pela realização dos mesmos judicialmente.

Por outro lado, a questão que levou a necessidade de cirurgias a ser judicializada é mais complexa que a simples falta de um medicamento ou equipamento e se relaciona com a indisponibilidade do profissional com expertise para realizar os procedimentos cirúrgicos os quais são mais complexos. Assim, conforme demonstra o gráfico abaixo 67% dos pedidos de cirurgia realizados judicialmente tratavam-se efetivamente de pedidos para realização das cirurgias fora do domicílio e apenas 33% tratavam-se de fazer com que o SUS local realizasse a cirurgia, ou seja, por demora na realização do procedimento cirúrgico.

Gráfico 10 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2015



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Tal informação induz a conclusão de que efetivamente não há uma grande deficiência na área de realização das cirurgias solicitadas pelos pacientes locais, já que o percentual de judicialização do assunto é baixo e os números absolutos corroboram os percentuais, já que os 33% de pedidos de cirurgia local em 2015, referem-se a apenas 2 pedidos efetivamente judicializados.

Em 2016, com o aumento progressivo da judicialização, uma nova variação temática se fez sentir. Ao invés dos cinco temas básicos requeridos em 2015, verifica-se a presença de 7 tipos de pedidos nos processos iniciados em 2016, surgindo pedidos de tratamentos de saúde, de atendimento médico e dos chamados equipamentos de assistência ao paciente em tratamento.

Os itens supracitados perfazem 19% dos pedidos de 2016, havendo uma redução percentual da participação de processos por erro médico no total, embora na prática tenha havido um aumento do número absoluto de processos por essa razão.

É interessante ainda ressaltar que o surgimento de dois tipos de demandas é sintomático do esgotamento da rede de atendimento a saúde do cidadão, o pedido de atendimento e o pedido de equipamentos de assistência ao paciente em tratamento.

O pedido de atendimento, em especial se tratando de serviço que deveria ser ofertado de forma livre e gratuita ao cidadão indica a existência de um esgotamento e maior dificuldade de acesso do cidadão aos serviços de consultas de especialistas, o qual é fornecido primariamente pelo Governo do Estado de Roraima, mediante encaminhamento do clínico geral, o qual atende nas Unidades Básicas de saúde, as quais majoritariamente são de competência do ente municipal.

Por outro lado, ainda mais preocupante é o pedido de equipamentos de assistência ao tratamento, já que se trata de equipamentos que deveriam ser fornecidos pelo sistema de saúde durante a internação ou tratamento do paciente.

No caso de Boa Vista, verifica-se que 5% dos processos referem-se a pedidos que vão de bolsas de colostomia a fornecimento de alimentação enteral, a qual é essencial para pacientes em coma ou sem possibilidade de ingestão direta de alimentos. Esse tipo de material deveria ser fornecido diretamente pelos hospitais, independentemente de requisições ou requerimentos administrativos, sendo gravosa a ausência desses materiais dentro do ambiente hospitalar de internação, ainda que no pequeno valor percentual apurado.

O gráfico abaixo oferece uma visão mais didática dos pedidos judiciais na área de saúde realizados em 2016.

Gráfico 11 - Pedidos realizados no ano de 2016 divididos por objeto do pleito judicial



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

É patente pela visualização do gráfico acima que permanece a predominância temática percentual de dois pedidos, os de medicamentos e cirurgias, os quais dominam 78% de todos os pedidos realizados.

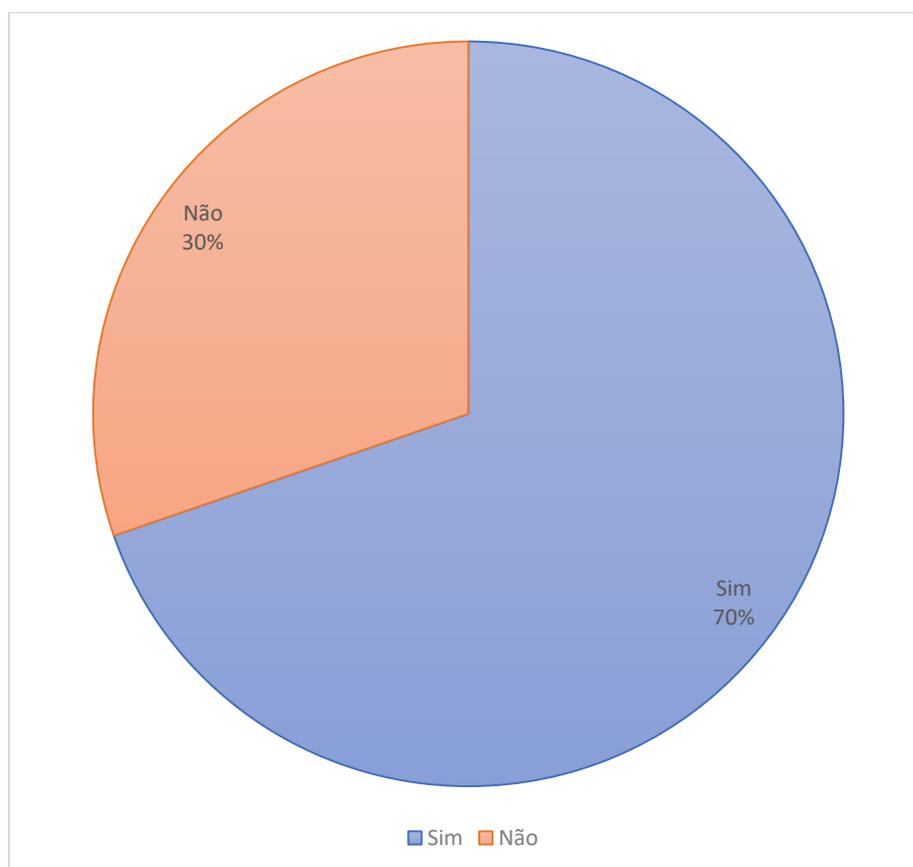
Note-se o surgimento de pedidos de tratamentos, os quais nesse ano se referiam a um pedido de tratamento fora do domicílio (TFD), os quais não tinham disponibilidade no Estado e necessitavam de deslocamento e residência em outros estados. Esses pedidos, geralmente são administrativos e prosseguem de uma forma que possui por natureza uma lentidão, em razão da dependência da disponibilidade de vagas em outros hospitais, locais para moradia, agendamento de traslado e realização de uma série de exames. Nesse sentido, os pedidos identificados, buscavam a celeridade do tratamento ou até mesmo furar a fila existente.

O outro pedido identificado se relacionava com pedido de restituição custas com tratamento psicológico com internação de paciente.

Identificou-se ainda, no gráfico acima uma redução nos processos por erro médico iniciados no ano, a qual em percentual em 2015 perfazia 5% de todos os processos e em 2016 perfazia apenas 3%. Essa redução é pequena, podendo-se se considerar uma manutenção numérica, tendo em vista que significa em números absolutos o mesmo número de processos.

Conforme demonstra ainda o gráfico acima, medicamentos perfazem 52% de todos os pedidos judiciais efetivados, com uma proporção que oferece pouca mudança em relação ao ano anterior, mantendo-se a tendência a requerer judicialmente os medicamentos não encontrados ou disponibilizados pelo SUS de forma local na justiça, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 12 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2016

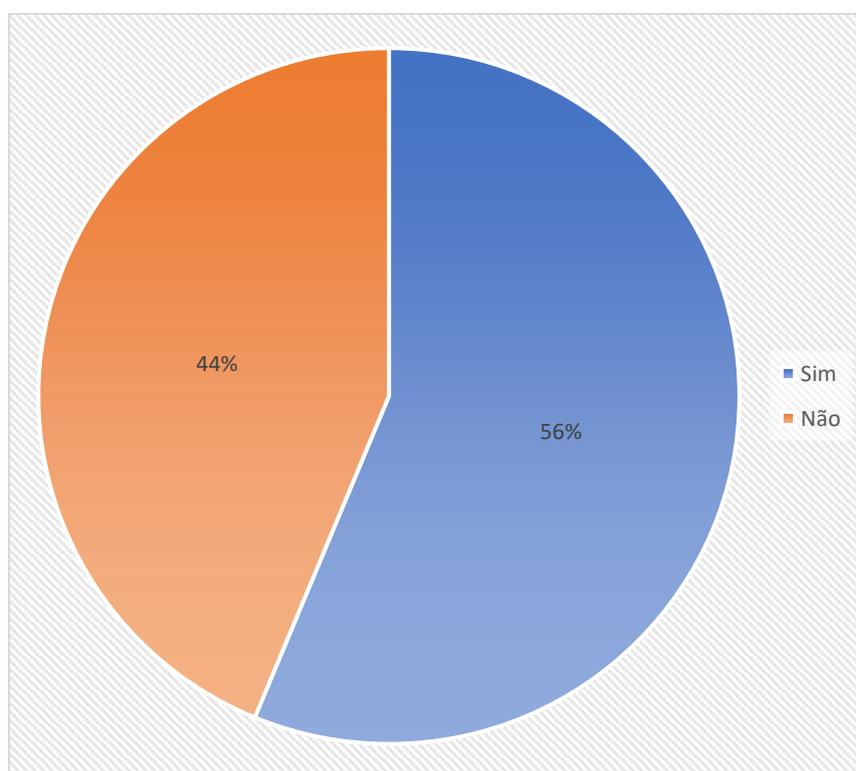


Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

A tendência em relação a cirurgia de 2016 tem uma mudança significativa a qual coincide com a intensificação do fluxo migratório para o Estado e o colapso da rede Estadual de saúde a qual em 2016 culmina com a declaração de emergência na saúde e a falta geral de medicamentos e insumos para realizar cirurgias e até atendimento mais simples (BRANDÃO, 2016). Assim, em 2016 temos que 44% de todos os pedidos tratavam-se de cidadãos que buscavam realizar cirurgias a nível local, todas cobertas pelo SUS.

Em números absolutos temos que houve 7 pedidos de cirurgias a serem realizadas pela rede local de saúde estadual o que em si já representa um aumento de 350% em relação ao ano anterior, restando claro a incapacidade do Estado de atender aos pedidos sem que houvesse o recurso a justiça.

Gráfico 13 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2016

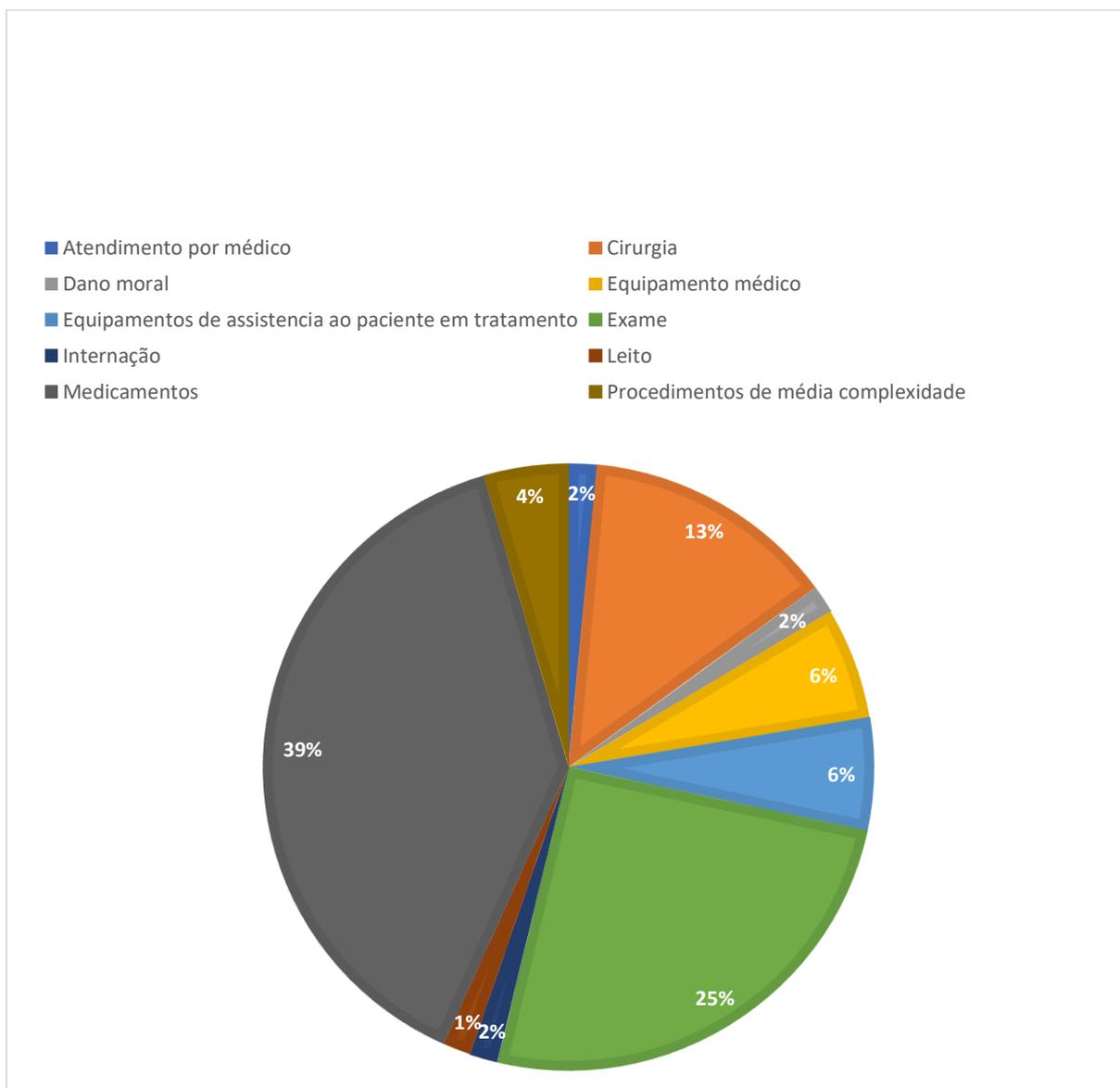


Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Em 2017 o panorama da saúde, apesar da continuidade das repercussões do Decreto de emergência na saúde do Estado, apresenta um quadro aparentemente estável, tendo em vista à variação pequena na proporção do número de processos em relação ao ano anterior, tal como demonstra o Gráfico 1. Ainda assim, o gráfico detalhado de pedidos daquele ano retrata uma

situação diversa. Dentre os quatro anos de dados pesquisados, 2017 apresenta a maior variação de grupos de pedidos em um único ano.

Gráfico 14 - Pedidos realizados no ano de 2017 divididos por objeto do pleito judicial



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Identificou-se 10 tipos de pedidos judiciais em 2017, o que indica uma grande diversificação temática e é um claro indício da situação deficiente prestado pelo governo estadual no ano de 2017 em razão do aumento do fluxo migratório originário da Venezuela. Se antes não era necessário protocolar uma ação perante o Poder judiciário para fazer valer seus direitos ou conseguir acesso, a situação em 2017, demonstra não apenas um aumento em

números absolutos de processo, mas também que havia falta de equipamentos, leitos de UTI, indisponibilidade de exames e medicamentos.

Tal diversificação fez com que pela primeira vez se reduzisse a proporção de participação no total dos pedidos de medicamentos de forma que apenas 39% de todos os pedidos referiam-se a medicamentos. Desses 62% eram medicamentos que deveriam estar disponíveis a população, já que constavam na lista do SUS de fornecimento gratuito a população.

Identificam-se também pedidos até então não realizados anteriormente, tais como ação de danos morais contra o Estado de Roraima, pedido de disponibilização de leito de UTI e até mesmo disponibilização de vagas para realização de procedimentos de média complexidade.

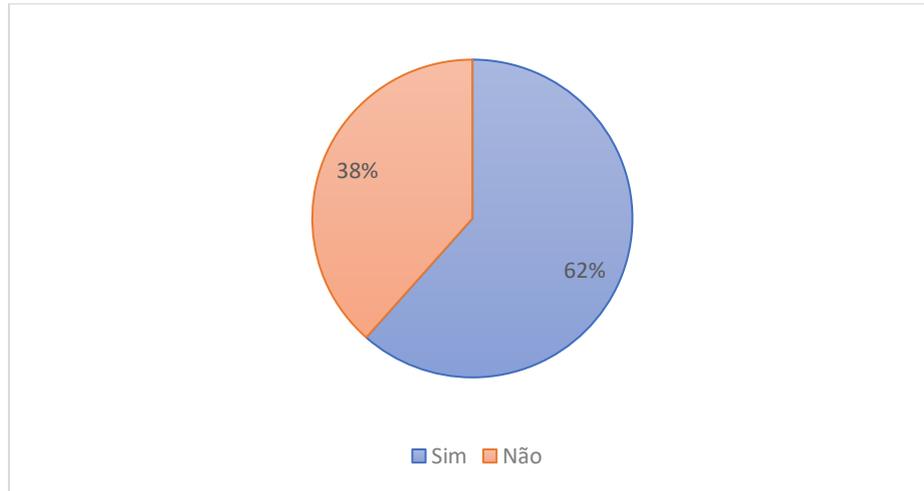
Em 2017, o Ministério Público do Estado de Roraima protocolou Ação Civil Pública milionária com objetivo exclusivo de sanar ou ao menos reduzir as deficiências estatais quanto ao fornecimento de medicamentos e equipamentos médicos de assistência ao paciente (alimentação enteral, bolsas de colostomia) e equipamentos médicos fornecidos pelo SUS (aparelho auditivo, marca passo, próteses).

A ação, em razão da impossibilidade estadual de dar cumprimento célere às ordens judiciais terminou por penhorar eletronicamente mais de R\$ 26 milhões das contas do Governo Estadual para garantir o acesso a medicamentos hospitalares essenciais, sendo esse valor repassado de forma direta ao Hospital Geral para dar prosseguimento a compra imediata e emergencial dos insumos em falta, os quais, àquela altura já haviam proporcionado uma interdição temporária na realização de cirurgias eletivas.

Dessa forma, até mesmo os processos de medicamento demonstram a desorganização e estado de calamidade vivido na saúde estadual no ano de 2017, sendo o judiciário estadual e os processos que nele corriam nesse ano um mero reflexo da situação efetiva vivida pelo cidadão de Roraima nesse período.

Interessante notar o aumento progressivo de pedidos de medicamentos não cobertos pelos SUS, ou seja, cujo fornecimento não deveria ser gratuito e sim custeado pelo indivíduo. No subtópico a seguir analisaremos, quanto a esses pedidos o índice de deferimento e as doenças que ocasionaram tais pedidos.

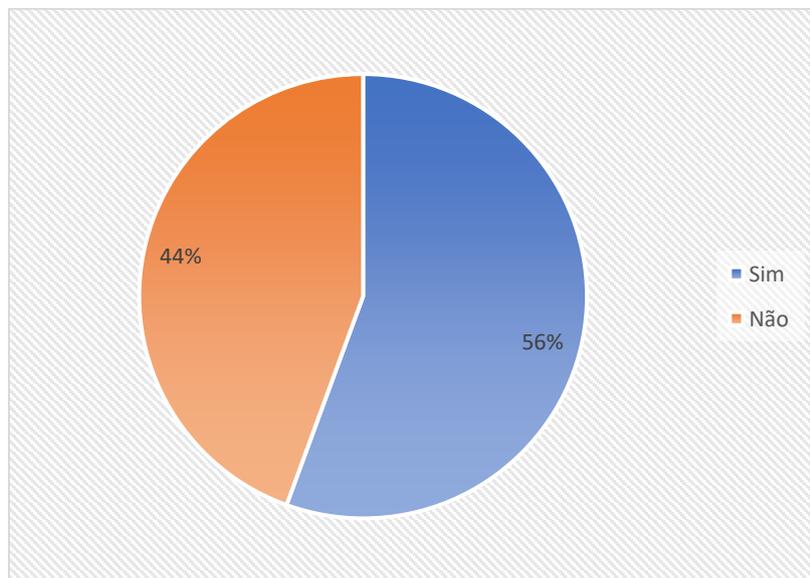
Gráfico 15 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2017



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

O gráfico relativo aos procedimentos de 2017 demonstra ainda que houve durante esse ano os pedidos por exames superaram os pedidos de cirurgia. Em números absolutos houve apenas 9 pedidos de cirurgia nesse ano, mas a proporção se manteve estável em relação ao ano anterior e houve inclusive redução nos números absolutos, o que inclusive contraria as expectativas para o ano, dada a situação administrativa e financeira dos serviços de saúde.

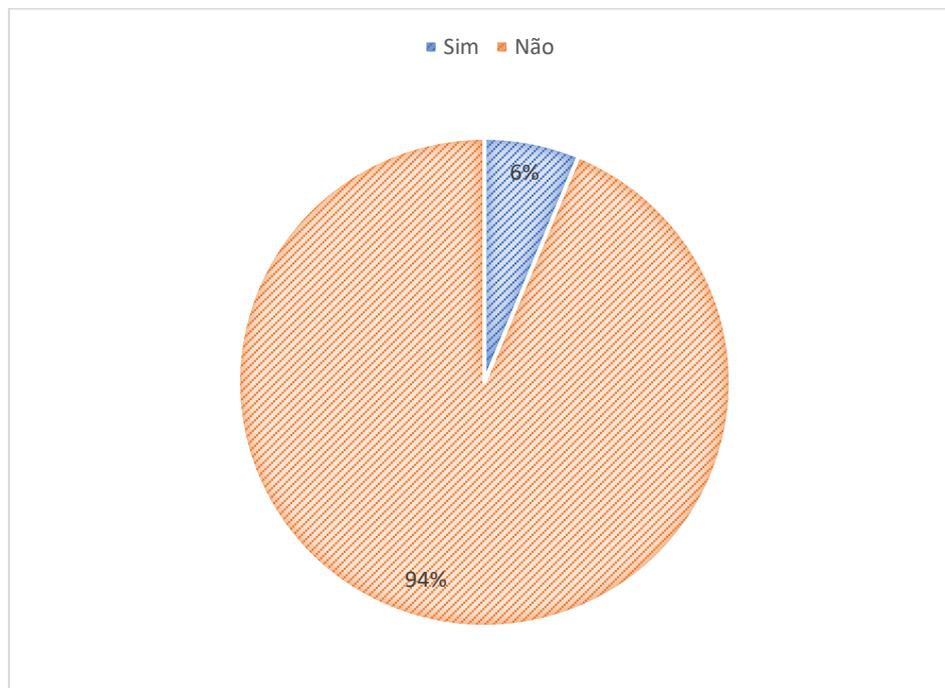
Gráfico 16 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2017



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

No caso, ainda no ano de 2017, cabe analisar a natureza e cobertura pelo SUS dos exames pedidos e até mesmo a disponibilidade dos mesmos no Estado de Roraima.

Gráfico 17 - Pedidos de TFD para exames x Pedidos de exames com disponibilidade local em 2017



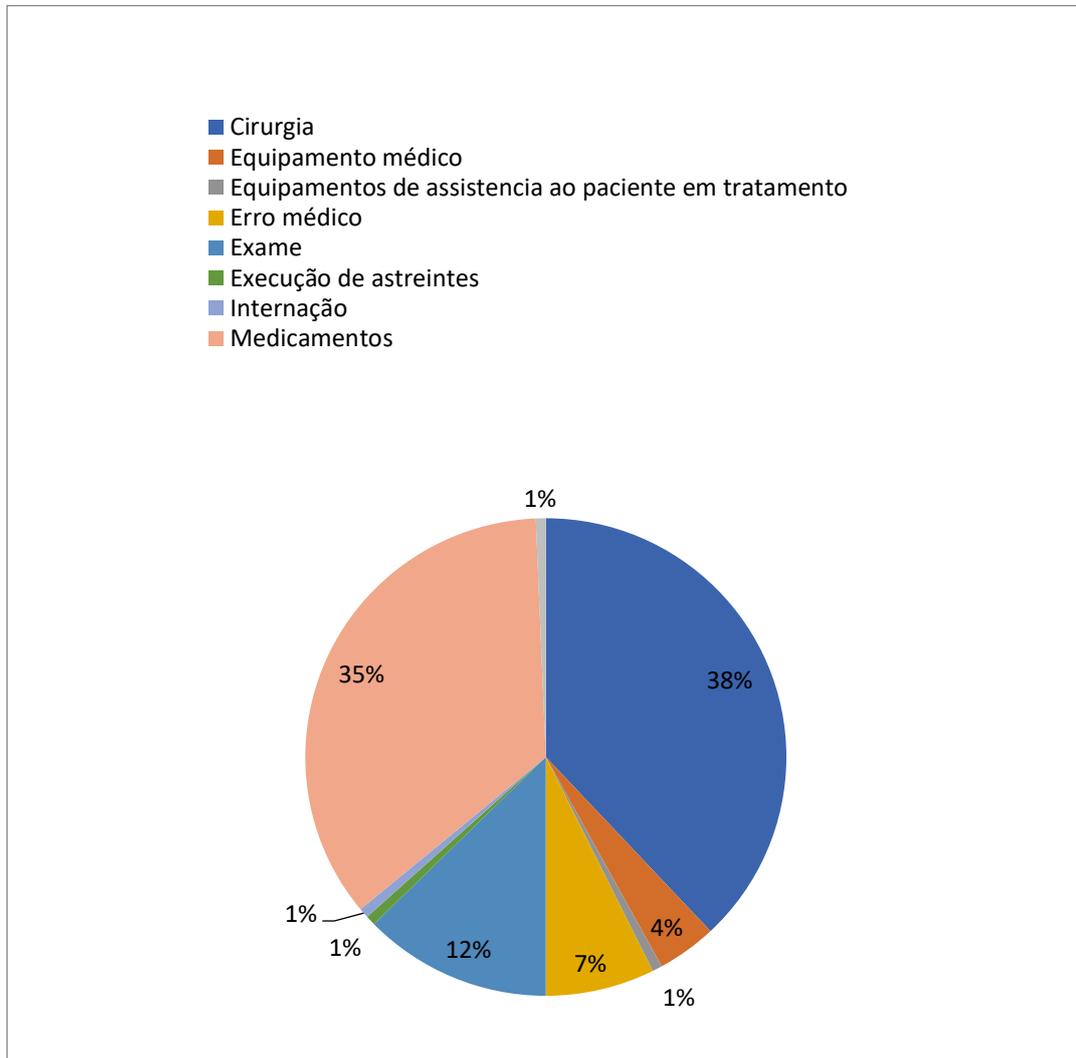
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Verificados os pedidos de exame apurou-se o alarmante dado que no ano de 2017 apenas 6% dos pedidos tratavam-se de exames sem disponibilidade no Estado de Roraima, ou seja, de pedido de viagem para realizar exame. O percentual massivo de pedidos tratava-se da realização de exames no Estado de Roraima, com disponibilidade local, mas os quais não estavam sendo realizados em razão de equipamentos danificados ou demora na fila. Tal situação foi alvo de reportagem da Federação Médica Brasileira em novembro de 2017, a qual se reportou a uma situação de extrema precariedade e incapacidade para atender a demanda de saúde existente a época (FEDERAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2017).

Note-se que, a princípio exames mais simples, de caráter laboratorial são realizados pela rede municipal de atendimento de saúde, restando ao Estado atender de forma complementar o paciente realizando os exames mais complexos ou específicos (de média complexidade). No entanto, o Estado de Roraima foi completamente incapaz de atender a demanda originando-se, assim, inúmeros processos judiciais.

Em 2018 temos o maior número de processos com pedidos relacionados a saúde no período analisado, em números absolutos foram iniciados 150 processos, o que resta demonstrado no Gráfico 1 do tópico 4.1 da presente dissertação

Gráfico 18 - Pedidos realizados no ano de 2018 divididos por objeto do pleito judicial



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

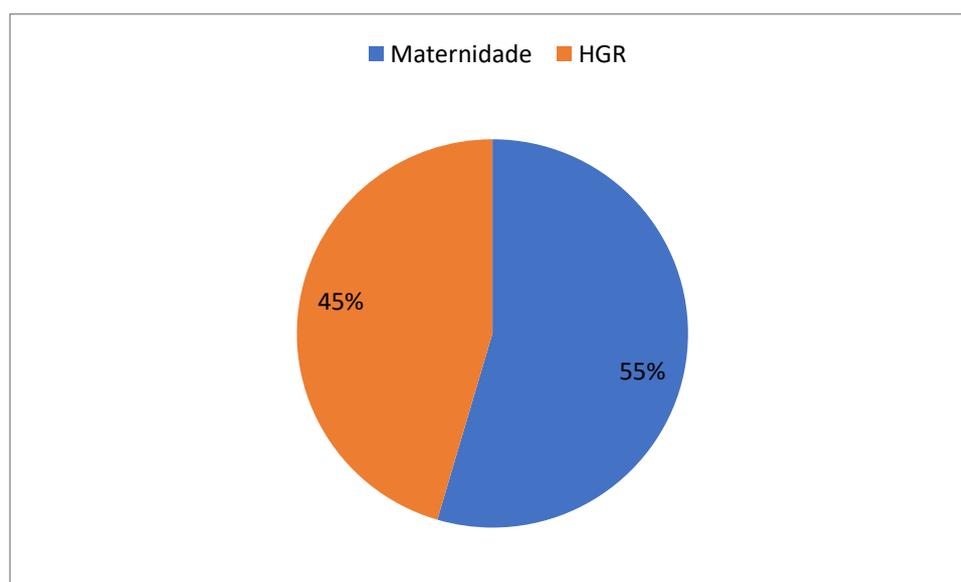
Os pedidos, tal como no ano de 2017, são variados, mas os pleitos de cirurgias e medicamentos voltam a dominar os pedidos, correspondendo a 73% de todos os pleitos judiciais do ano de 2018.

Cabe ressaltar que, embora o Gráfico 18, não demonstre claramente, por se tratar de gráfico que apresenta dados percentuais, 2018 foi o ano com o maior número absoluto de processos, conforme demonstra o Gráfico 1 no item 4.1 da presente dissertação, assim, embora

percentual e tematicamente se verificarem os mesmos pedidos que em anos anteriores, o fluxo de litigantes ativos, mais que triplicou.

Antes de adentrar na análise, dos dados que representam os maiores percentuais no Gráfico 18, cabe apontar o aumento do índice de processos por erro médico. Se em 2017, não houve processos nesse sentido, em 2018, assistimos ao protocolo de 11 processos por erro médico, sendo mais de 50% por erros ocorridos na única maternidade do Estado de Roraima, que atende praticamente toda a população do Estado, conforme restou demonstrado no item 2.3 da presente dissertação.

Gráfico 19 - Processos por erro médico em 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Esse aumento no índice de erros médicos pode ter várias causas, sobretaxalho dos médicos, ausência de recursos e equipamentos para realizar os procedimentos com segurança e até mesmo a ausência de mão-de-obra qualificada. Em 2018, por duas vezes, o HGR e a maternidade suspenderam a realização de todos os procedimentos eletivos em razão da falta de insumos e medicamentos para realizá-los (FIGUEIREDO, 2018).

Adicionalmente, temos o recorde no número de partos de estrangeiros no ano de 2018, de forma que nesse ano 571 mulheres venezuelanas deram a luz na Maternidade Nossa Senhora de Nazaré, nos primeiros seis meses do ano. Comparativamente, em 2017, 566 mulheres estrangeiras deram a luz na Maternidade no curso de todo o ano (HORTÉLIO 2018).

No Hospital Geral de Roraima, os atendimentos a estrangeiros vêm aumentando progressivamente culminando no maior número já visto em 2018 (HORTÉLIO, 2018), vejamos:

Tabela 8 - Numero de atendimento a estrangeiros no HGR entre 2015 a 2018

Ano	Número de atendimentos a estrangeiros no HGR
2015	628
2016	2.034
2017	6.383
2018 (janeiro a junho)	9.699

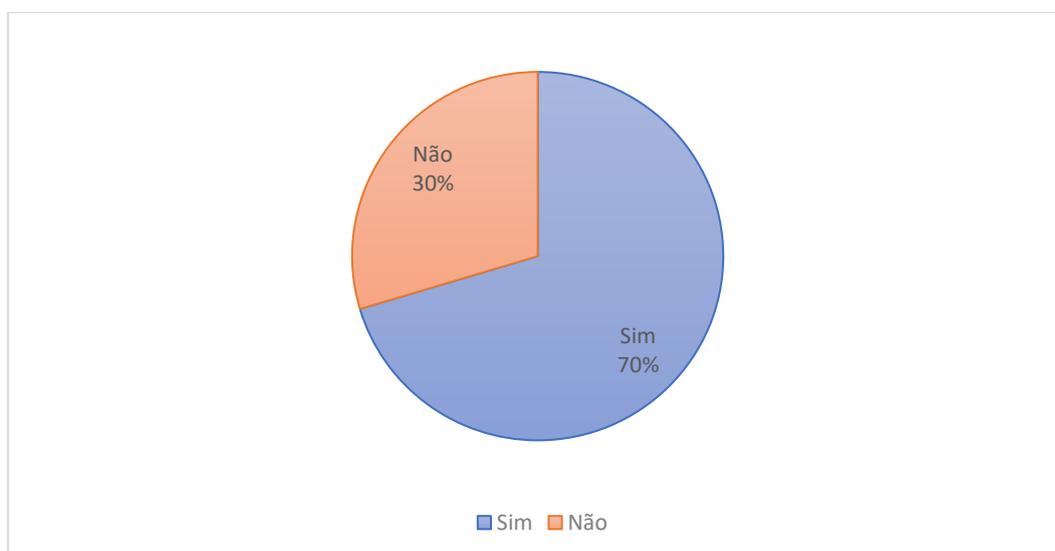
(Fonte: Hortélio, M. In Metro 1. 18 out. 2018)

As internações no HGR também passaram por aumento chegando a 684 internações nos primeiros seis meses de 2018, contra 579 em 2017, 244 em 2016 e 114 em 2015.

Assim, além do fluxo normal da população houve o fluxo excedente de estrangeiros que muito mais que dobrou. Nesse sentido é perfeitamente possível considerar que o aumento no fluxo de atendimento e até na intensidade do trabalho pode ter ocasionado o aumento e erros médicos e os processos.

Perceba-se que a tendência de que a maior parte dos medicamentos requeridos no Estado sejam medicamentos que já constam na lista do SUS permanece, não tendo, em todo período pesquisado, havido alteração dessa questão.

Gráfico 20 - Porcentagem de cobertura do SUS nos pleitos de medicamento no ano de 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Os pedidos de cirurgias, por outro lado, sofrem uma inversão a qual apenas poderia ser prevista se analisado conjuntamente com o contexto fático da saúde vivido no âmbito local no ano de 2018.

Em 2015, o maior problema enfrentado pela população local era o acesso a serviços de medicina de alta e média complexidade, inserindo-se nesse contexto cirurgias. Assim, os pedidos de TFD dominavam os pleitos judiciais de natureza cirúrgica, pois objetivavam principalmente acelerar a concessão do TFD em razão da gravidade no tratamento.

O ano de 2016 e 2017 é marcado pelo aumento do fluxo migratório, fazendo com que em fins de 2017 fosse declarada situação de emergência na saúde. Adicionalmente, foi definitivamente colocada em prática a fila única cirúrgica, por determinação do Ministério da Saúde.

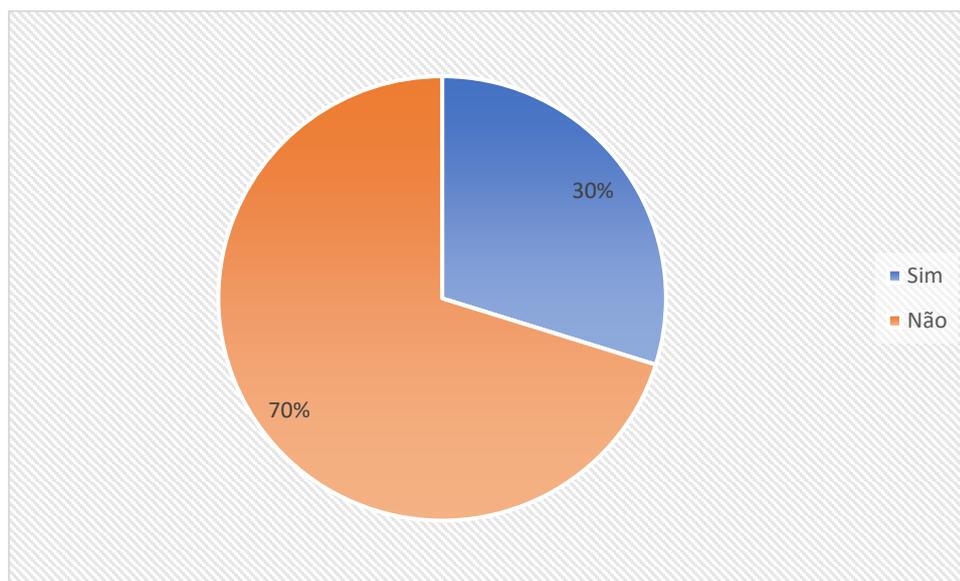
Essas situações culminaram em uma situação de total caos, aumento das filas para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e emergenciais e incapacidade de absorção integral pelo sistema, o que fez com os pedidos judiciais por cirurgia, o que se reflete no gráfico 19, onde há uma completa reversão da proporção previamente demonstrada em anos anteriores de forma de 70% dos pedidos de cirurgia realizados judicialmente, se tratavam de cirurgias que poderiam ser realizadas pelo corpo médico local no hospital local.

Os números absolutos de pedidos de TFD demonstram que os pedidos em si, em 2018, mais que dobraram em relação a 2016, ano com o maior número de pedidos judiciais de cirurgia do período pesquisado.

Em 2016, havia 9 pedidos judiciais de cirurgia fora do domicílio e em 2018 identificou-se 17 pedidos, o que representa um aumento de 88% no número de pedidos em si e que significa que o procedimento administrativo para concessão dessa forma de tratamento sofria com falhas e demora na concessão, quando havia pacientes com doenças graves e complexas que não poderiam esperar tratamento.

O fato de os pedidos de TFD terem quase dobrado e ainda assim representarem apenas 30% de todos os pedidos de cirurgia de 2018 é sintomático da completa inabilidade do Estado de Roraima em suprir a demanda existente naquele momento, forçando as pessoas a procurarem o Poder Judiciário.

Gráfico 21 - Porcentagem de pedidos de cirurgia que devem ser realizados fora do Estado de Roraima no ano de 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Outro dado preponderante é o número absoluto de exames, o qual também supera o de 2017, ano com o maior número de pedidos judiciais para realizar exames. Em 2018, foram realizados 19 pedidos e absolutamente todos os pedidos se referiam a exames com disponibilidade local, sem a necessidade de deslocamento para outro Estado. No entanto, ainda assim, houve a necessidade de que os pedidos fossem judicializados, em razão das longas filas e da dificuldade na marcação dos mesmos (PONTES, 2019).

4.3 Análise quanto ao deferimento de pedidos judiciais e custos para administração pública

Mais importante que analisar os pedidos realizados e o fluxo de cidadãos ao Poder judiciário pleiteando direitos na temática saúde é a verificação do índice de deferimento dos pedidos pelos magistrados e sua repercussão financeira.

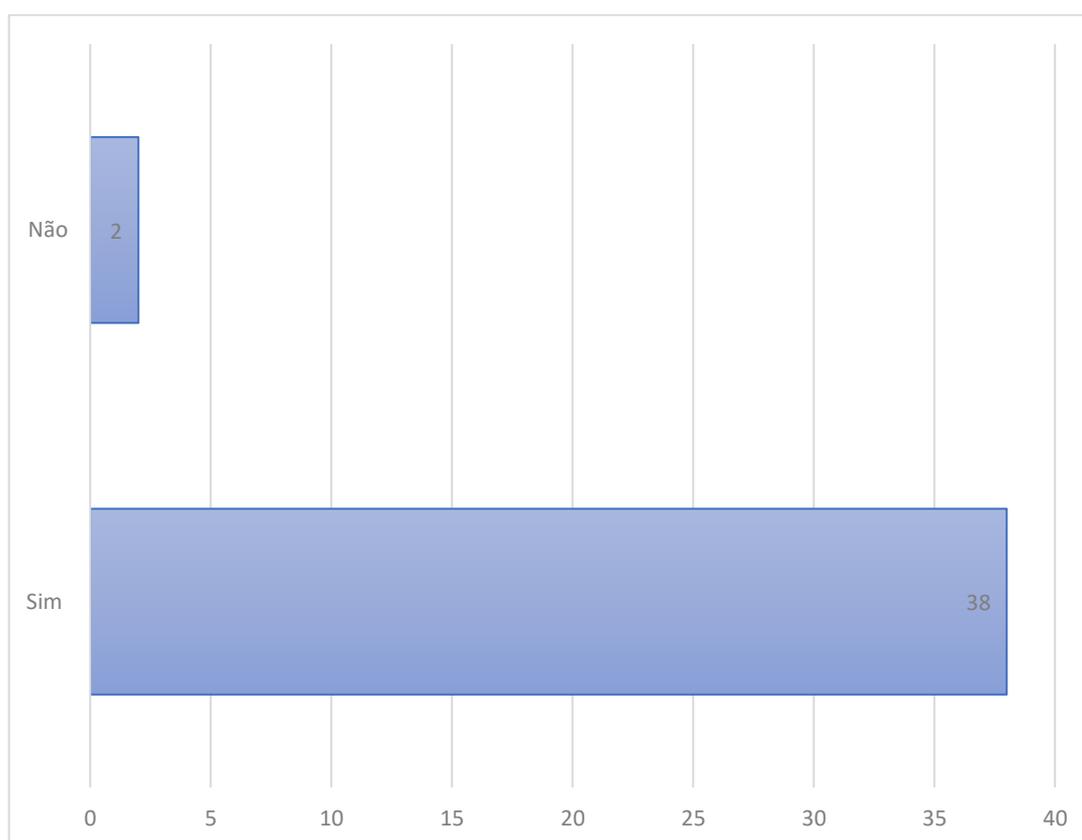
O capítulo 3, em seu subitem 3.4, procurou analisar como os processos judiciais afetaram, durante o período pesquisado, o orçamento estadual, em razão da indiscriminação quanto a destinação da reserva orçamentária e quanto ao dispêndio efetivo, por grupos temáticos, em cada exercício, não é possível efetivamente visualizar quanto dos procedimentos judiciais na temática saúde realmente afetam o orçamento reservado e o dispêndio efetivado com processos judiciais.

Somente por intermédio da pesquisa, na qual se visualizou todos os processos judiciais contra o Estado de Roraima na temática saúde, que tramitaram na justiça estadual é possível obter um número mais próximo a realidade e a apurar efetivamente se há um impacto relevante na execução do orçamento estadual anual.

4.3.1 Quanto aos pedidos liminares

Assim inicialmente o questionamento voltou-se a para a incidência de pedidos liminares nos processos e seu deferimento pelo juízo. Em 2015 temos, que dos 40 processos iniciados, mais 38 tiveram pedidos de liminares:

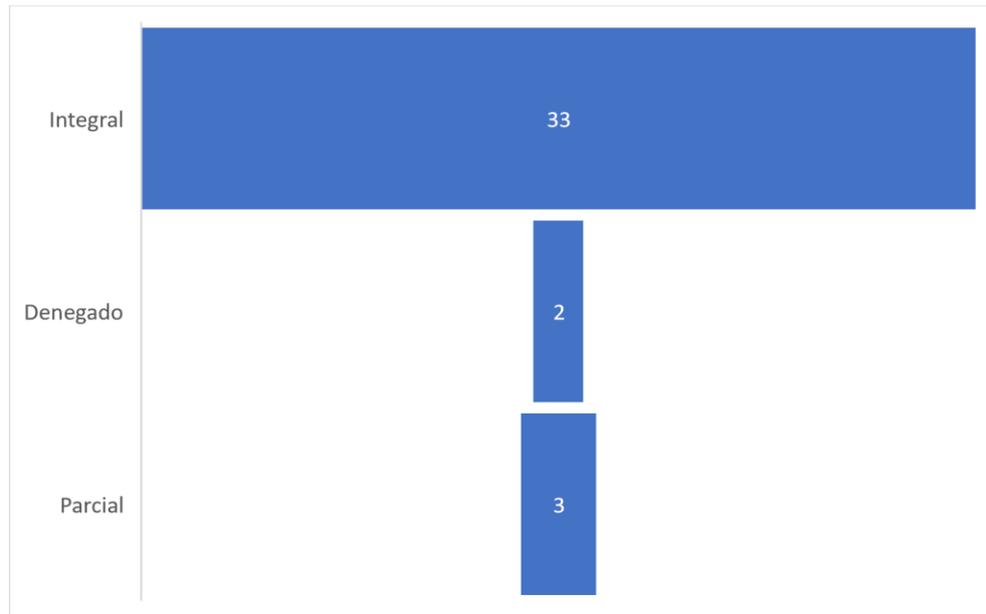
Gráfico 22 - Número de pedidos liminares em 2015



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Dos 38 pedidos liminares, a larga maioria foi deferida integralmente pelo juízo e apenas 2 pedidos foram denegados, com deferimento parcial de 3 dos pedidos realizados.

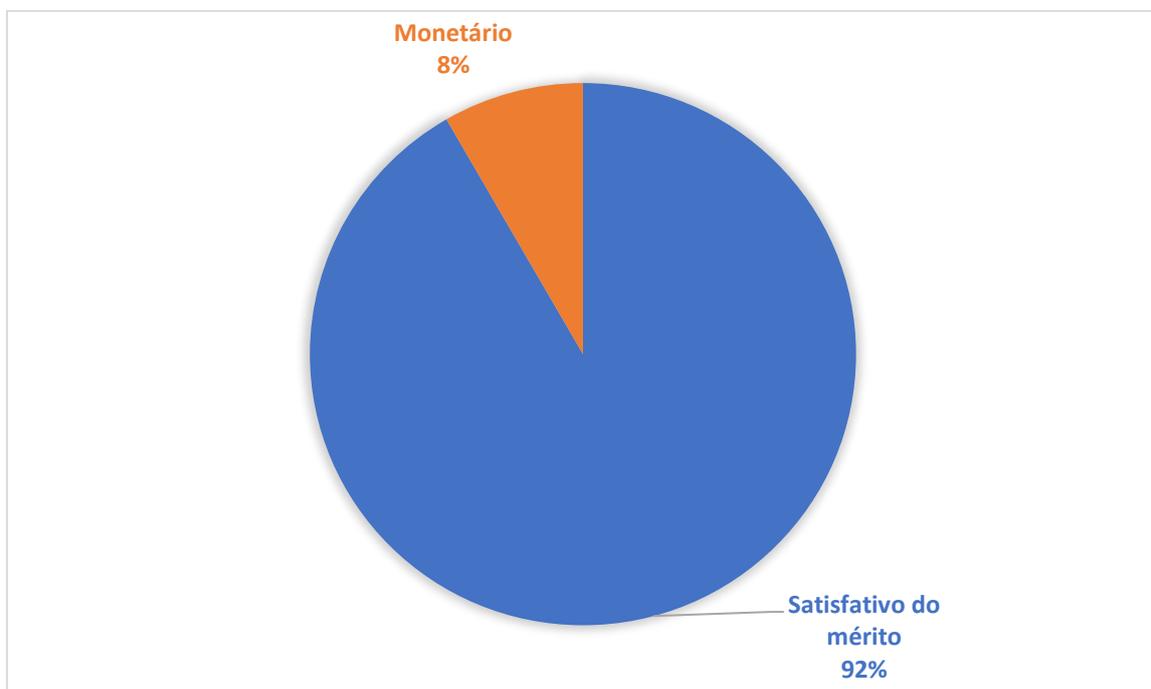
Gráfico 23 - Liminares deferidas em 2015



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Dos pedidos deferidos a vasta maioria dos pedidos liminares tinham como objeto o mérito final da demanda, assumindo verdadeira natureza de tutela antecipada e apenas uma pequena parte se referia a pedidos de natureza monetária.

Gráfico 24 - Natureza das liminares concedidas em 2015

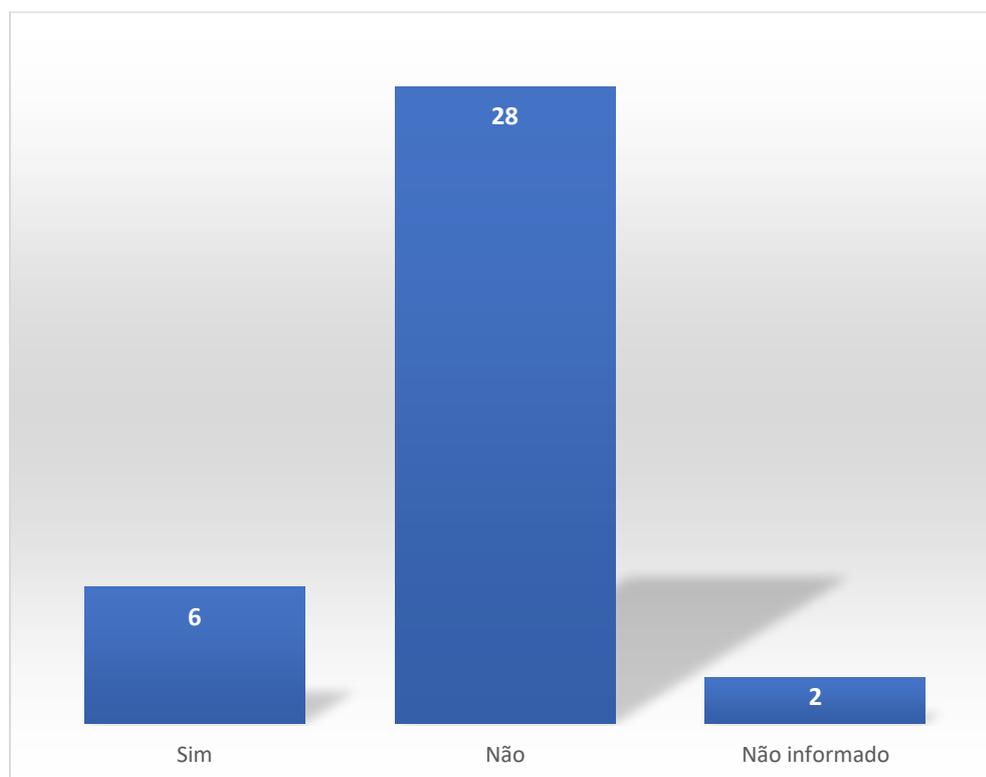


Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Interessante notar que dos pedidos monetários com liminares requeridas apenas um foi denegado, sendo os outros dois pedidos deferidos.

Por fim, em termos de cumprimento pelo Governo do Estado de Roraima temos que o índice de descumprimento é alto, sendo a maior parte das liminares ordenadas em 2015 desrespeitadas e descumpridas pelo governo, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 25 - Cumprimento das liminares concedidas em 2015



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

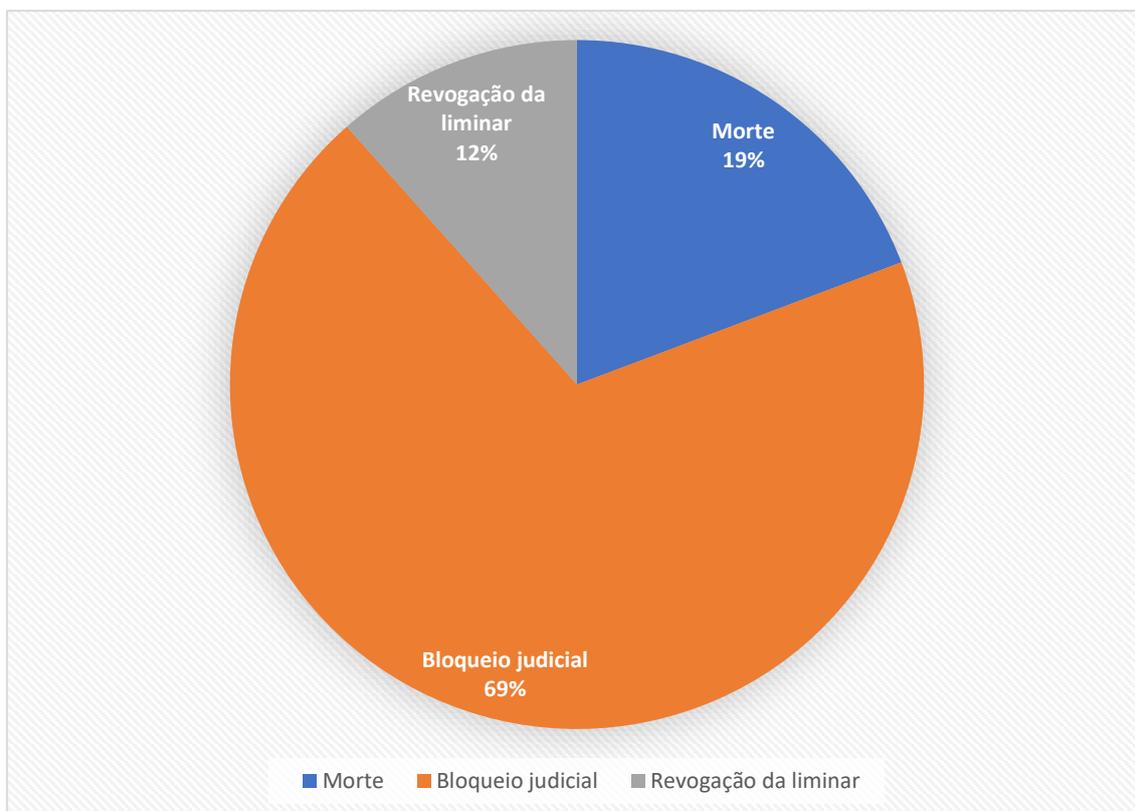
Com base nas informações acima restou o questionamento, qual a consequência jurídica e fática da ausência de cumprimento da decisão liminar exarada pelo juízo. Note-se que, em três situações de liminares previamente concedidas em 2015, após esclarecimentos do órgão estadual houve a revogação das liminares concedidas, mas em pelo menos seis situações a inação do órgão estadual para cumprir as liminares, levou ao falecimento dos beneficiários antes da sentença.

Majoritariamente, porém, a medida tomada pelo judiciário quando há o descumprimento das ordens liminares exaradas é ordenar o bloqueio judicial direto nas contas

do Governo do Estado de Roraima para que o pleiteante possa garantir o que necessita para seu tratamento de saúde.

Na maior parte dos casos que teve liminar deferida, por seu turno, tratava-se de pedidos de medicamentos tratando-se de mais 85% dos casos, sendo apenas 12,5% ordenado o bloqueio judicial para realização de cirurgias.

Gráfico 26 - Consequência do descumprimento das liminares em 2015



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Cabe ressaltar ainda que não é possível culpabilizar as mortes perante o ente estatal já que dos seis casos em que o medicamento foi requerido por liminar e concedido, mas que o Estado deixou de cumprir, em 5 deles o requerente tinha câncer e tratava-se de medicamentos não constantes na lista do SUS, de forma que os tratamentos efetivamente previstos pelo SUS já não possuíam mais efeito curativo ou de tratamento efetivo. Ainda assim em 1 dos casos de falecimento, o paciente efetivamente tinha direito ao remédio, sendo paciente cardíaco e o medicamento constava na lista do SUS e o descumprimento estatal da ordem judicial pode muito bem ter sido a causa de seu falecimento.

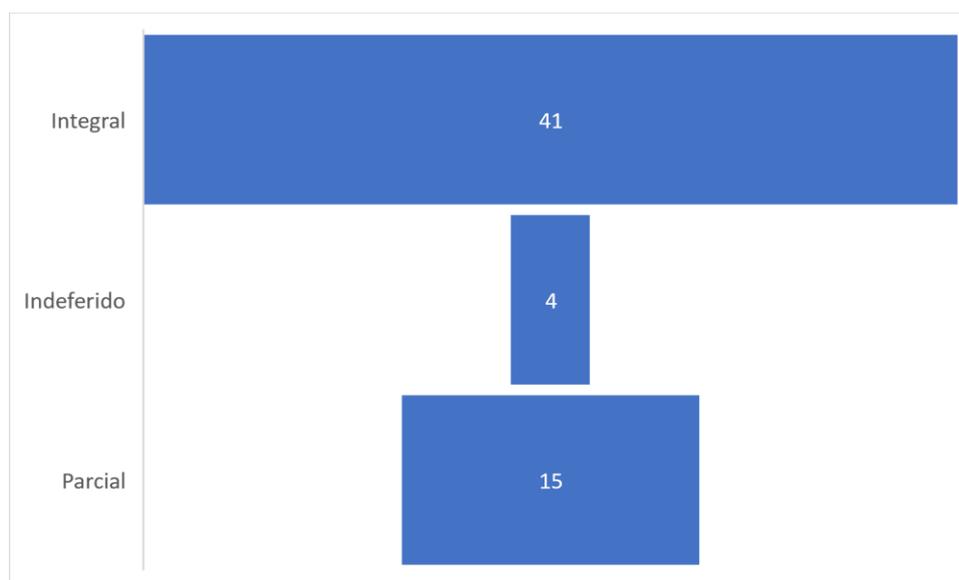
Vale destacar que, conforme mencionado no tópico 3.2 da presente dissertação é consolidado na jurisprudência que o Poder judiciário não pode compelir ao órgão público a fornecer medicamento ou curso de tratamento fora da listagem do SUS, mas ainda assim, ao menos em 2015, havia frequente deferimento de liminares nesse sentido, as quais não foram cumpridas pelo Estado de Roraima.

Em 2016, como analisado anteriormente ocorreu o aumento do protocolo de processos judiciais, uma particularidade desse ano é que absolutamente TODOS os processos judiciais tiveram pedido de liminar.

Em todos os pedidos nota-se, pelo gráfico abaixo que a larga maioria dos pedidos teve o pedido de liminar integralmente deferida ou parcialmente deferidas, havendo número bastante reduzido de liminares negadas.

Dentre as liminares negadas não há um ponto temático comum, verificando-se negação de liminar em processo por erro médico, tratamento, cirurgia e medicamento não constante na lista do SUS.

Gráfico 27 - Deferimento das liminares em 2016



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

As concessões parciais apresentam um outro padrão. A maior parte, 53% versavam sobre pedidos de medicamentos, tratando-se de 8 pedidos efetivos com liminar parcialmente deferida. Dentre os medicamentos requeridos apenas 2 não constavam na lista de medicamentos do SUS e ainda assim foram parcialmente deferidos pelo juízo. O Estado de Roraima, por seu

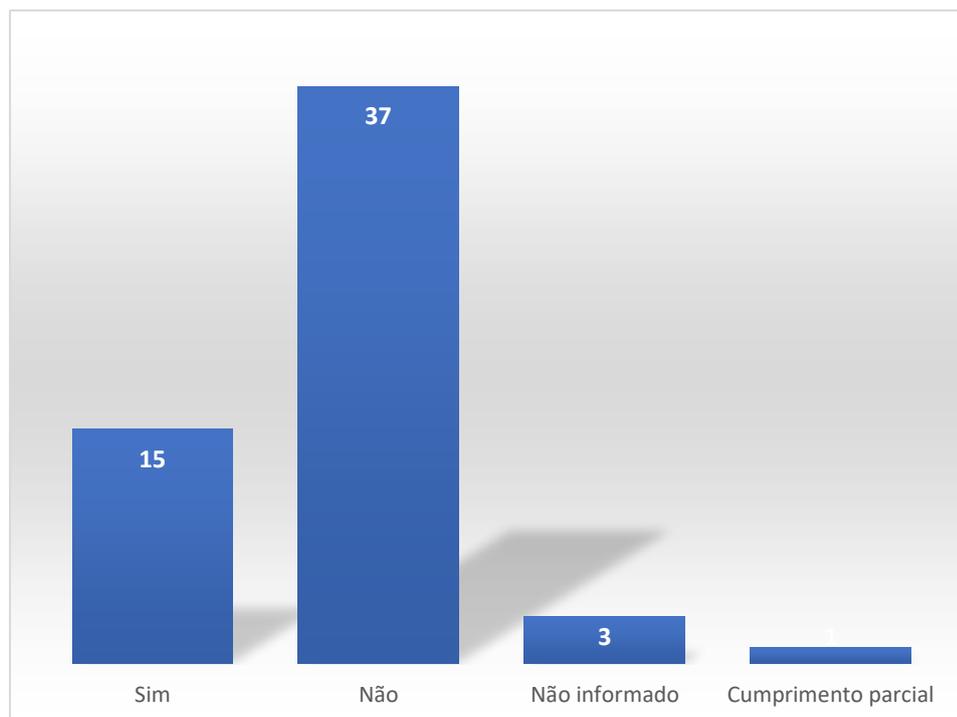
turno, deixou de cumprir 5 das 8 liminares deferidas, incluindo-se dentre as liminares não cumpridas as ordens para entrega de medicamentos não constante na lista do SUS.

Dentre as concessões integrais 53% se trata de pedidos de medicamentos e 68% se tratavam de medicamentos incluídos na lista de medicamentos no SUS, ainda assim, o índice de cumprimento pelo Estado na entrega dos medicamentos é de 3% dos pedidos de medicamentos.

A situação resta ainda mais grave quando se trata do que na pesquisa chamamos de equipamento de assistência ao paciente, os quais se tratam de insumos e equipamentos que o paciente necessita para a sua internação e manutenção da sua sobrevivência durante a mesma. Embora todos os equipamentos de assistência ao paciente tenham obtido deferimento de liminar, o Estado atendeu apenas um dos pedidos, tendo os outros que se operar por meio de bloqueio judicial nas contas estaduais.

De maneira geral, em 2016 se manteve o padrão de desrespeito e desatendimento as liminares, com alto índice de descumprimento, na qual 37 liminares deferidas pelo juízo foram informadas pelos requerentes como não atendidas.

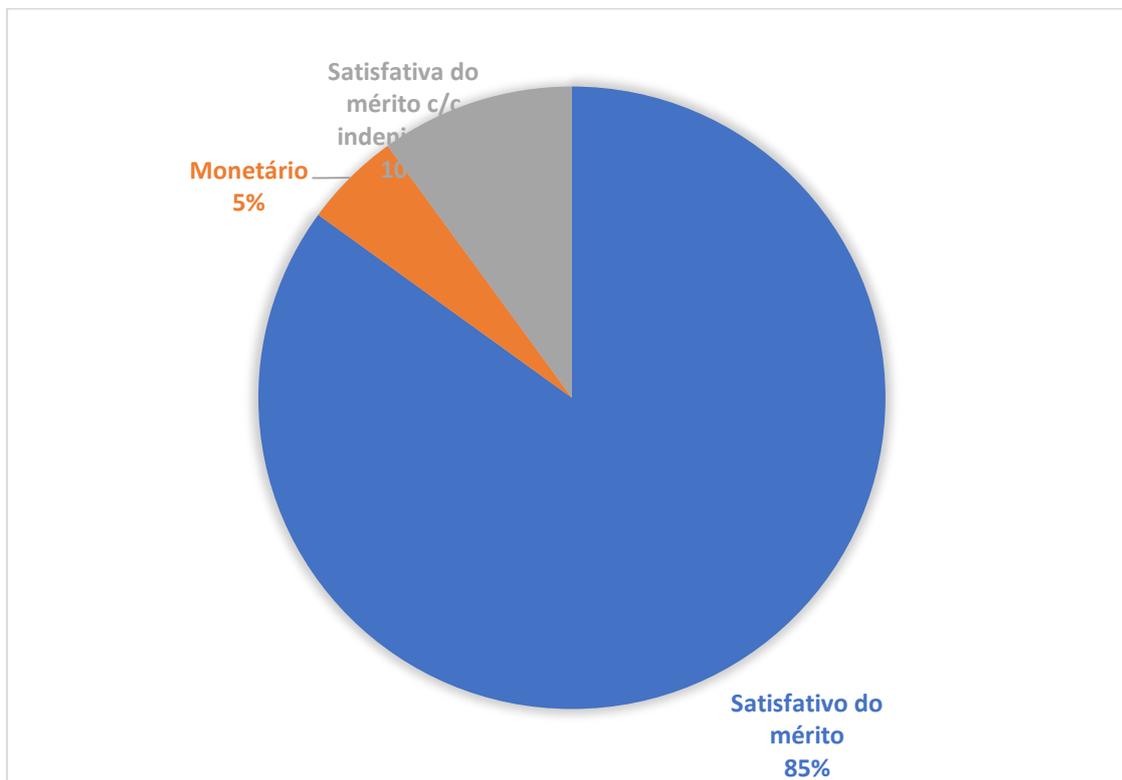
Gráfico 28 - Liminares cumpridas pelo Estado de Roraima em 2016



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Quanto a natureza dos pedidos de tutela de urgência realizados no ano de 2016, temos o seguinte gráfico:

Gráfico 29 – Natureza das tutelas de urgência concedidas em 2016



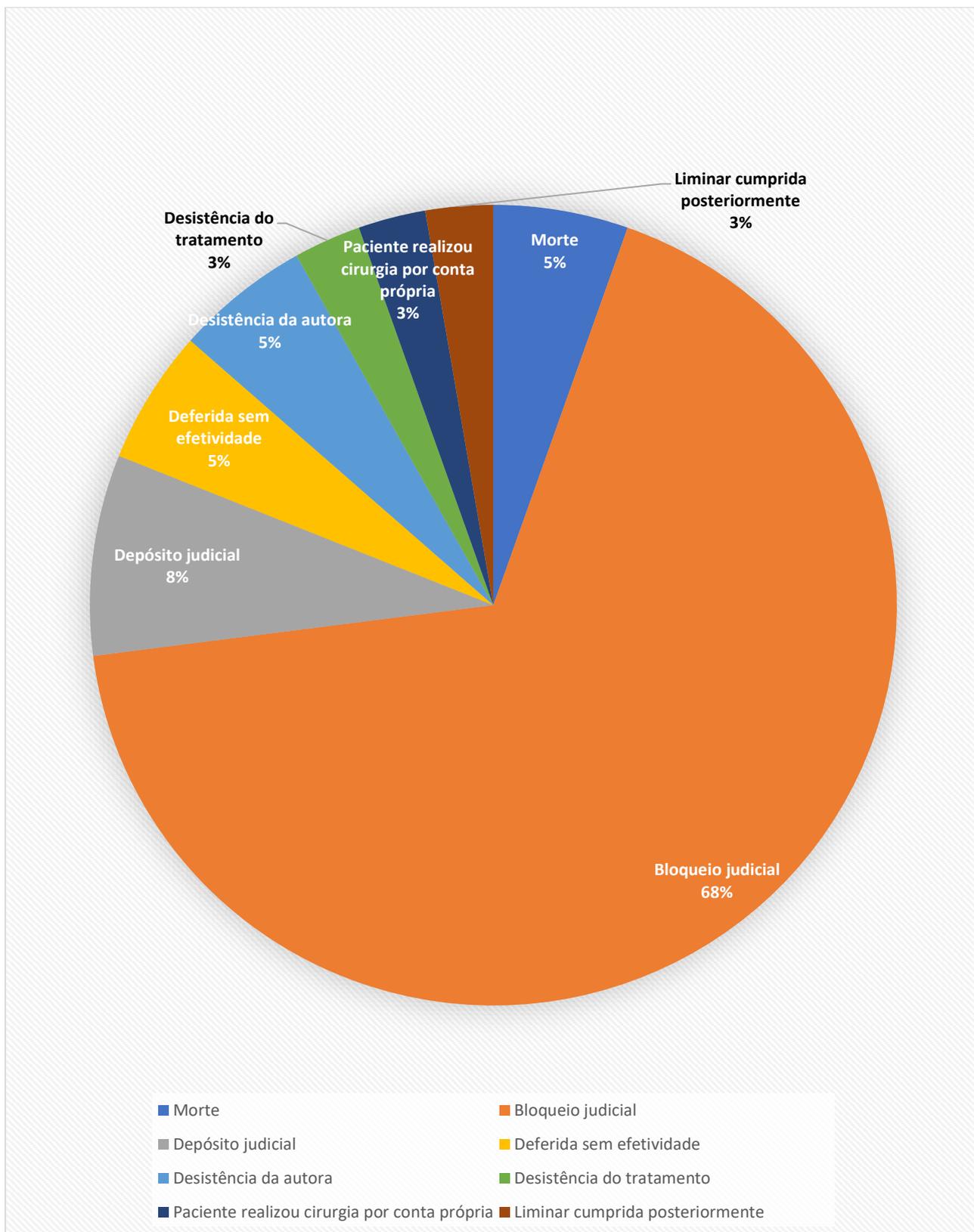
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Em 2016, se verifica que se manteve a tendência a requerer em sua maioria liminar que se refere a tutela final almejada pelo pleiteante, havendo um aumento também relevante no índice de pedidos constituídos por obrigação de fazer cumulado com indenização, o qual saltou para 10% de todos os pedidos.

Os pedidos de natureza puramente monetária por seu turno poderiam se subdividir em dois tópicos: os de erro médico com pedido de indenização e de restituição de valores dispendidos para realizar tratamento que deveria ter sido fornecido e custeado pelo SUS, mas que foram custeados pelo particular com o sacrifício de economias ou venda de bens.

Note-se que é particularmente interessante que haja tutelas de urgência de natureza puramente monetária, ou seja, sem que antes seja tentado fazer com que o Estado cumpra a obrigação requerida, mas conforme veremos nos gráficos referentes aos anos seguintes, esse tipo de medida se tornará cada vez mais comum em 2017 e 2018.

Gráfico 30 - Consequência do descumprimento das tutelas de urgência concedidas e não cumpridas



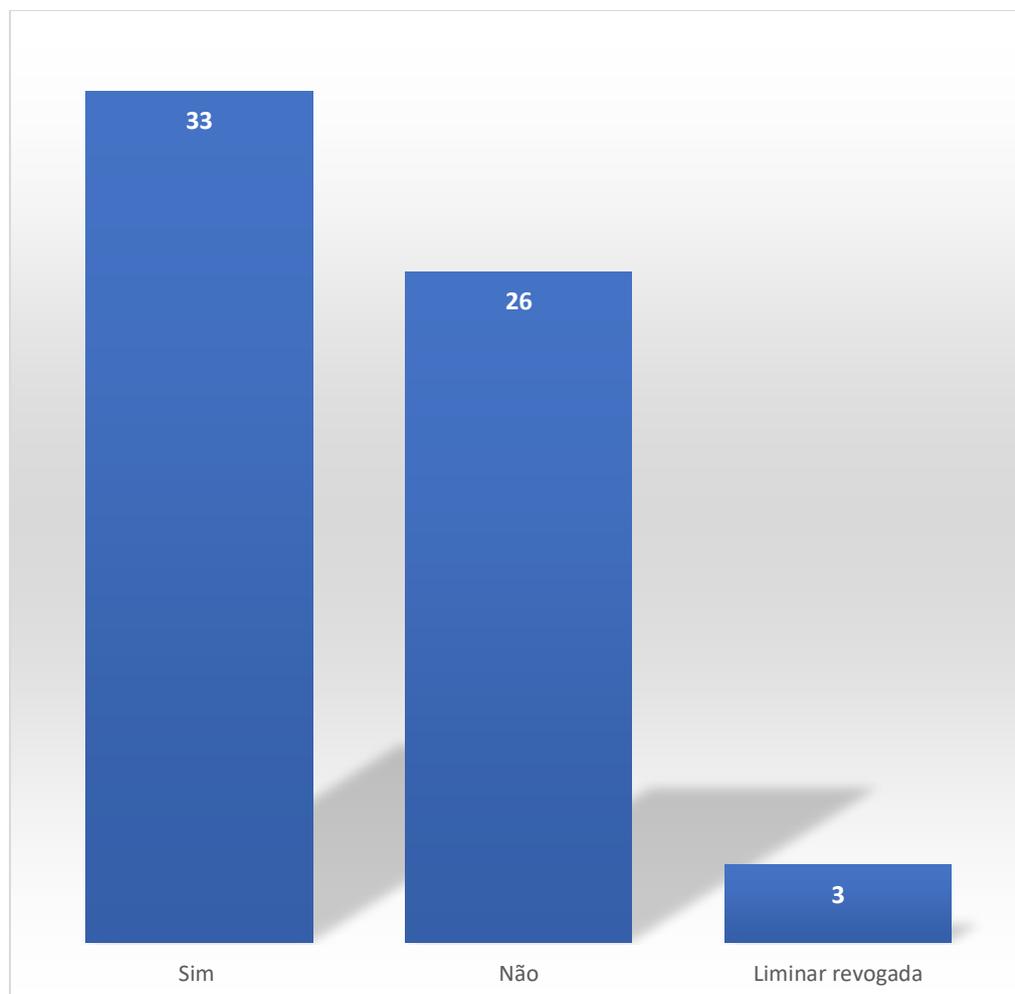
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

A tendência de ordens de bloqueio judicial em razão de descumprimento das liminares também permanece em 2016, na qual 68% das liminares descumpridas culminaram em ordens de bloqueio judicial.

Em 2017, por seu turno, do mesmo modo que em 2018 todos os processos contaram com pedidos liminares e a particularidade de 2017 é que todos os processos tiveram liminares deferidas integral ou parcialmente, não havendo qualquer denegação de liminar no exercício.

Uma modificação substancial no ano de 2017 foi o índice de cumprimento das liminares em 2017, o qual saltou para 50,76% de cumprimento pelo Estado de Roraima. Invertendo-se pela primeira vez uma tendência negativa de descumprimentos repetidos de liminares.

Gráfico 31 - Cumprimento das tutelas de urgências pelo Estado de Roraima em 2017



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

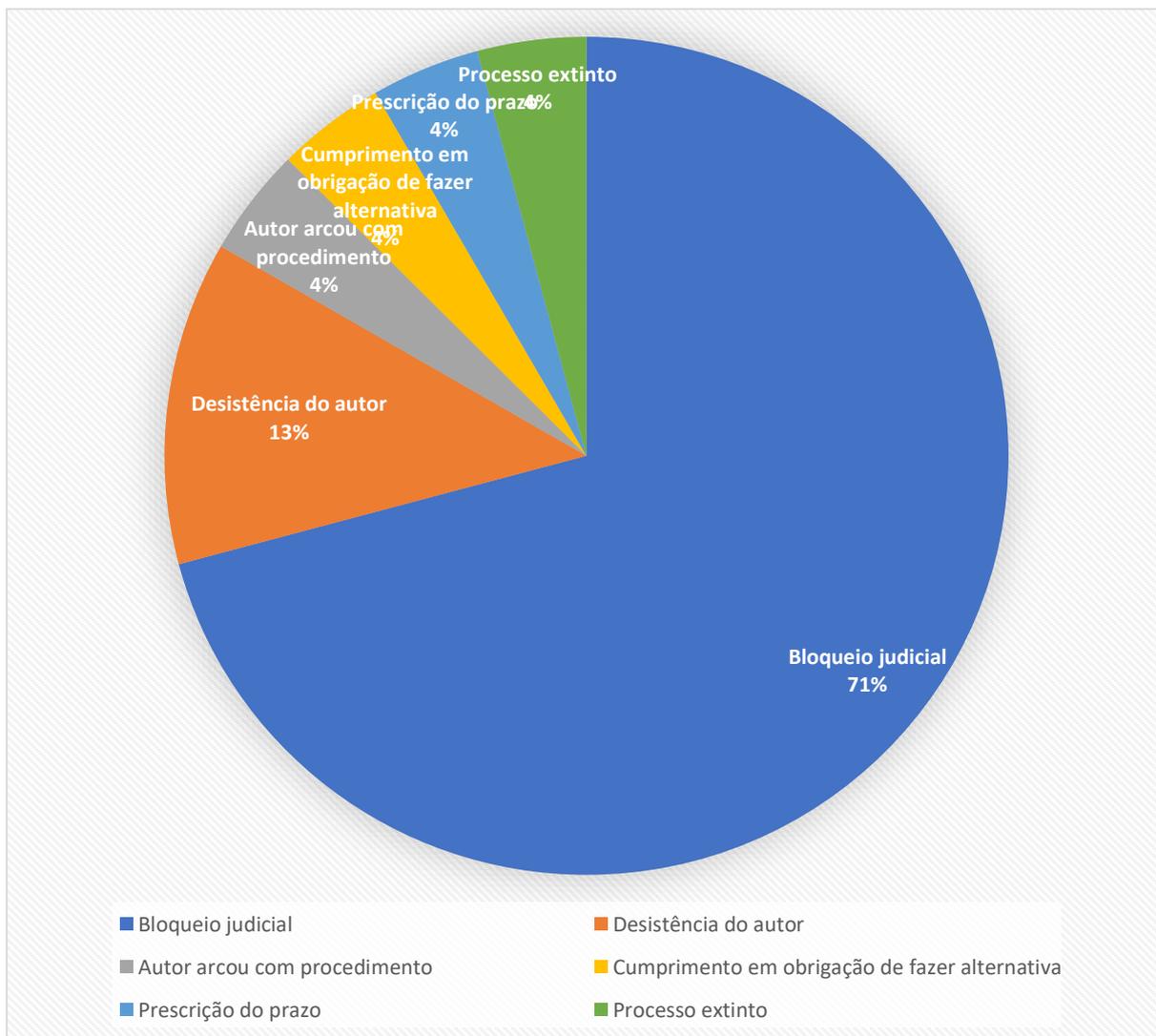
Pelo menos 10 das liminares cumpridas efetivamente se referem a medicamentos e 40% dos medicamentos fornecidos pelo ente estadual não constavam na lista de medicamentos do SUS, uma modificação substancial na qual o Estado optou por simplesmente efetuar a entrega do medicamento, provavelmente em uma tentativa de evitar mais bloqueios judiciais, os quais tiveram repercussão financeira elevada em 2016, ultrapassando mais de 500 mil reais.

Oito das liminares concedidas se referem a realização de cirurgias, as quais foram devidamente realizadas pelo ente estatal após a ordem judicial. Por fim, temos que 11 dos pedidos efetivamente cumpridos pelo Estado se tratava de requerimentos de realização de exames, os quais foram atendidos.

Por fim, temos que dentre os pedidos não cumpridos temos que 12 se tratavam de medicamentos, sendo que 5 dos medicamentos eram medicamentos não constantes na lista de medicamentos do SUS, mas 7 deles eram medicamentos que constavam na lista e era obrigação do Estado fornecer.

Há que se ressaltar ainda que também houve apenas um pedido de cirurgia que não foi cumprido pelo órgão estatal e três pedidos de exames, sendo que em um dos casos, houve a desistência, logo em seguida da autora da demanda e em outro exame, diante do descumprimento da liminar pelo Estado o requerente simplesmente conseguiu meios para custear o exame de forma privada, de forma que apenas em um dos casos foi necessário o bloqueio judicial.

Gráfico 32 - Consequência do descumprimento das tutelas de urgência em 2017



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Em 2017, uma parte do cumprimento das liminares em si passou a ser considerado o bloqueio judicial nas contas do governo, passando a ser esse o pedido das liminares, de forma que 16 dos pedidos concedidos foram diretamente de liminares de bloqueio judicial nas contas do governo, o que certamente contribuiu em larga parte para o aumento da taxa de cumprimento das medidas judiciais especialmente porque ele não dá chance efetiva de descumprimento pelo Estado de Roraima.

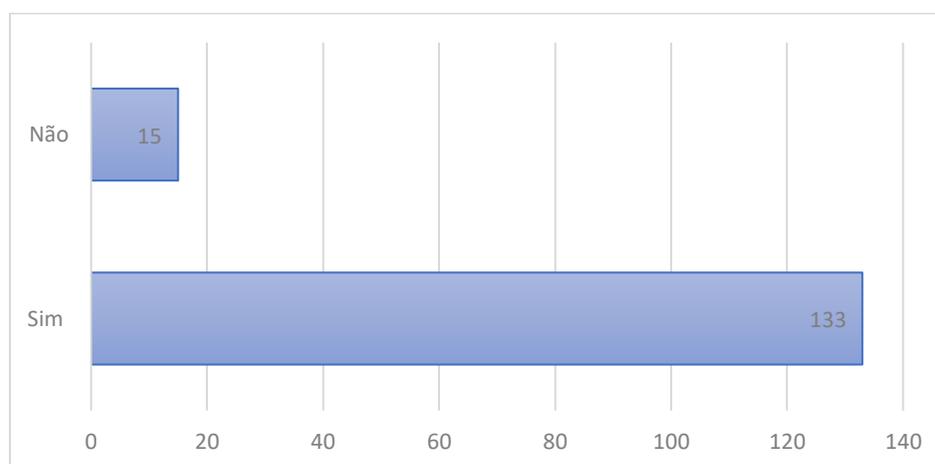
Em outras ocasiões em que o Estado sabia que não haveria cumprimento da ordem judicial a tempo houve o depósito judicial dos valores requeridos pelas partes, de forma que em 5 processos que requeriam medicamentos ou equipamento médico (aparelho auditivo), o Poder estadual depositou o dinheiro para a aquisição judicialmente.

A situação de verdadeira pobreza resta clara diante dos valores dos processos havendo processos que buscam medicamento que vão de R\$ 44,00 a 419,40 e exames de R\$ 70,00 a R\$ 2.500,00 reais. Note-se que não se trata uma população requerente que possui altos valores e que dispõe de dinheiro para arcar até mesmo com baixas custas.

Algo que merece destaque é o processo protocolado pelo Ministério Público do Estado de Roraima em 2017 no valor milionário de R\$ 26.322.576,12, o qual visava suprir as faltas do HGR em medicamentos e suprimentos. O processo, em valor milionário elevou os custos anuais dos dispêndios com processos, em razão do bloqueio liminar nas contas do Governo do Estado de Roraima.

Em 2018, quando há o maior número de processos protocolados temos que apenas 15 processos não pediram tutela de urgência alguma, referindo-se esses processos, majoritariamente a pedidos de erros médicos, os que não requereram liminares.

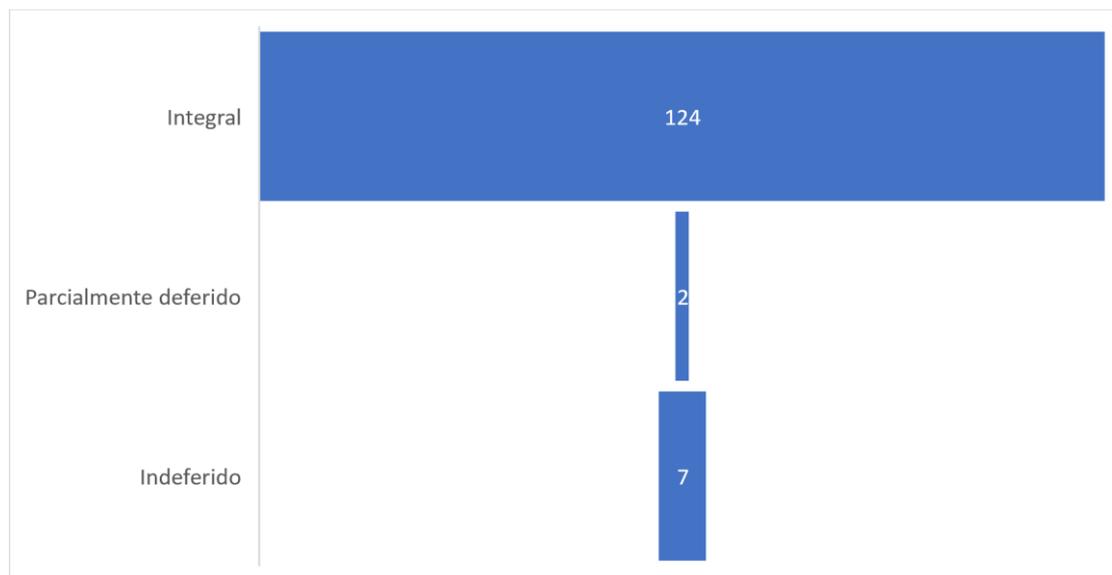
Gráfico 33 - Pedidos de tutela de urgência em 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020)

Quanto a concessão das tutelas de urgência requeridas pelo juízo a grande maioria, tal como no ano anterior foi deferida pelo juízo:

Gráfico 34 - Deferimento das tutelas de urgência em 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Dentre as tutelas de urgência deferidas 40% se referiam a pedidos de medicamentos, sendo 72% dos pedidos de medicamentos constantes na lista do SUS e 28% de medicamentos que não constam na lista do SUS, mas que ainda assim tiveram seus pedidos liminares deferidos. Aproximadamente 39% dos pedidos se tratam de cirurgias e 13,5% se trata de exames cobertos pelo SUS e que deveriam ser fornecidos pela rede estadual de saúde.

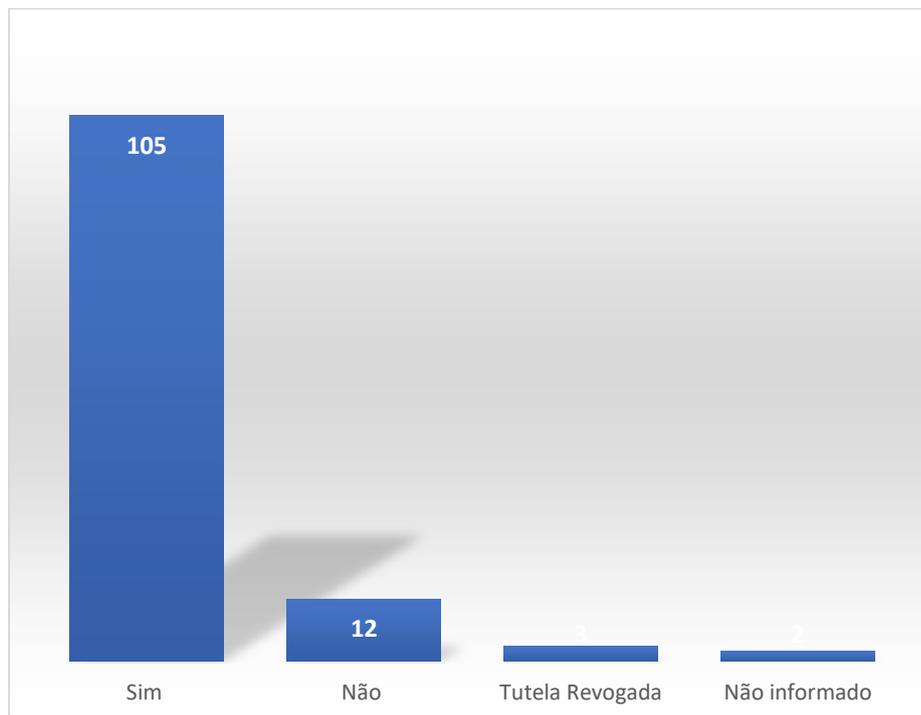
Dentre as tutelas de urgência indeferidas pelo órgão estadual temos que 6 delas se tratavam da realização de cirurgias sem considerar a fila estadual, de forma que o indeferimento das tutelas de urgência se deve a uma recusa do juízo de desrespeitar a fila única, cumulada com a falta de urgência das cirurgias. Um único pedido se refere a realização de exame de alergologista de dermatite de contato alérgica, a qual não houve deferimento de liminar prévia em razão da ausência de urgência na demanda.

Uma tendência que se manteve em 2018 em relação a 2017 foi o cumprimento das tutelas de urgência do juízo com cumprimento das mesmas no maior número possível pelo próprio ente estatal, acelerando o ritmo de andamento dos processos e proporcionando uma maior efetividade do Poder judiciário na resolução das questões relacionadas a saúde.

Notável particularidade dentre os dados colhidos é o fato de que houve cumprimento massivo inclusive pelo órgão estatal na aquisição de medicamentos não listados pelo SUS em cumprimento a liminares concedidas. Somente em 2018, o cumprimento de liminares para aquisição de medicamento não constantes na lista de medicamentos do SUS

refletiu um dispêndio de R\$ 959.180,07, quase um milhão de reais, o que por si é maior que qualquer valor dispendido para esse tipo de gasto nos anos anteriores.

Gráfico 35 - Cumprimento das tutelas de urgência deferidas em 2018 pelo Estado de Roraima

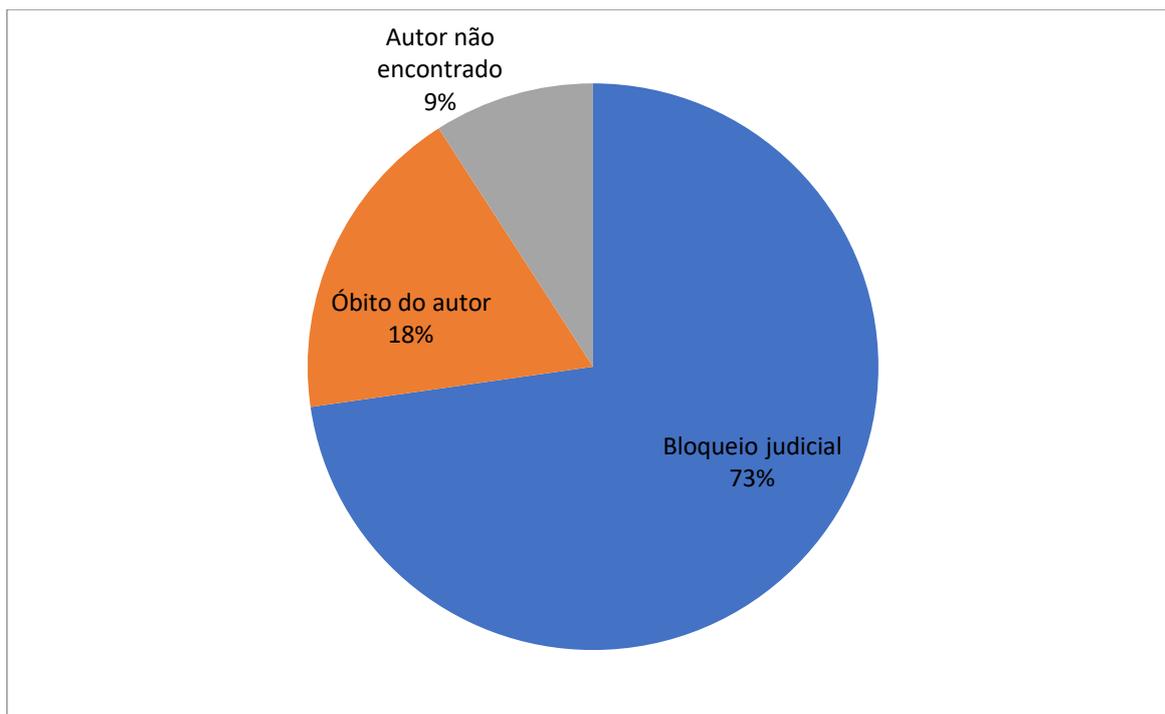


Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Assim, como no ano de 2017, também no ano de 2018, se percebe que o fato de o bloqueio judicial ser considerado pelo Estado de Roraima, como cumprimento de liminar, interfere bastante nos resultados mencionados acima. Dessa forma 72,38% de todas as tutelas de urgência cumpridas pelo Estado, **se deram como cumpridas por bloqueio judicial nas contas estatais, sendo essa a tutela de urgência determinada pelo Poder judiciário.**

Considerando as liminares não cumpridas temos o gráfico a seguir:

Gráfico 36 - Consequências do descumprimento das liminares em 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

No caso a consequência do descumprimento das liminares, também permanece como sendo a ordem de bloqueio judicial nas contas do governo do estado, de forma que se percebe a busca constante para garantir a efetividade das decisões judiciais exaradas.

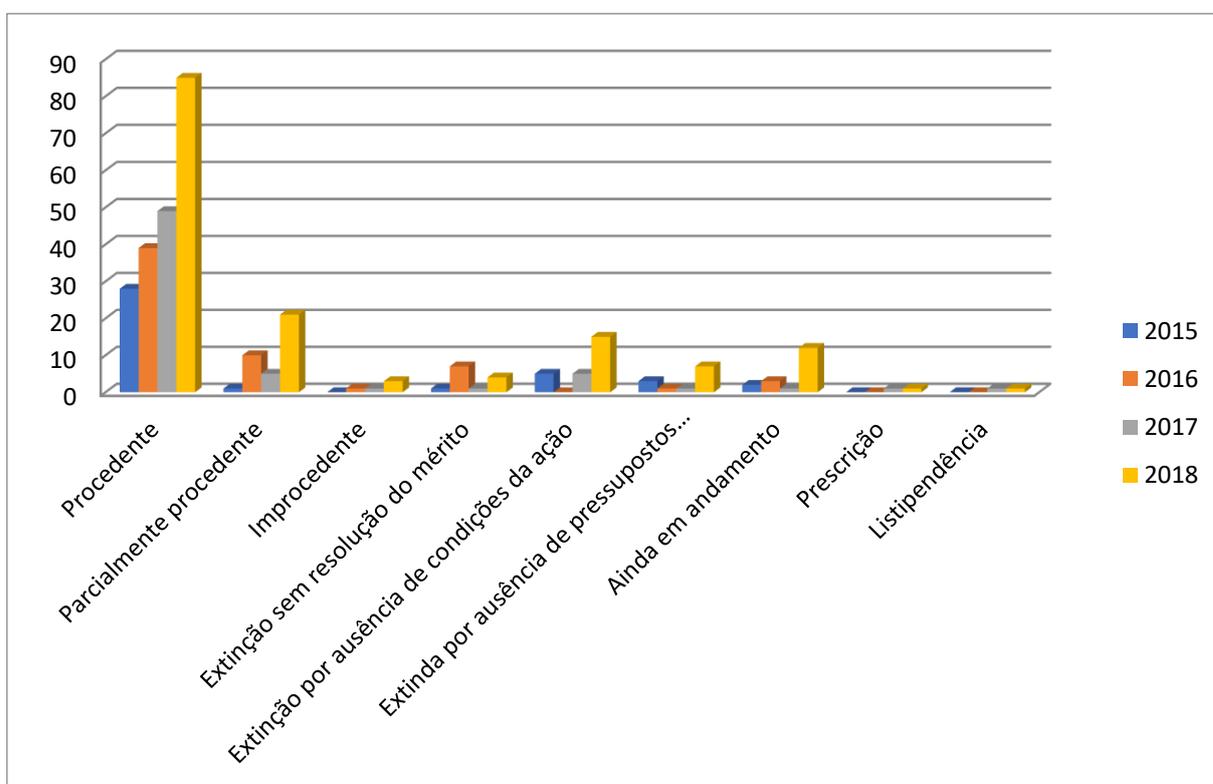
Uma conclusão que os dados acima permitem é de que os juízes estaduais vêm assumindo uma postura extremamente favorável em relação aos requerentes e desfavorável em relação ao Estado, concedendo praticamente todas as liminares requeridas e havendo o descumprimento das mesmas, determinando o bloqueio de valores imediatamente, assumindo as tutelas de urgência, na maior parte dos casos, uma natureza satisfativa.

Inicialmente nos dados referentes aos anos de 2015 a 2017, os quais precedem posicionamentos do STJ e STF sobre o assunto, há lógica na concessão indiscriminada de tutelas de urgência. Por outro lado, em 2018, um critério maior deveria ter sido utilizado e analisada a repercussão financeira sobre um Estado em crise no fornecimento de medicamentos de alto custo fora das listas do SUS.

4.3.2 Quanto as sentenças

Quanto as sentenças exaradas, é possível concluir, já com base na análise da quantidade de liminares concedidas que as sentenças tem natureza predominantemente de procedência.

Gráfico 37 - Natureza das sentenças conforme a sua análise pelo juízo no período pesquisado



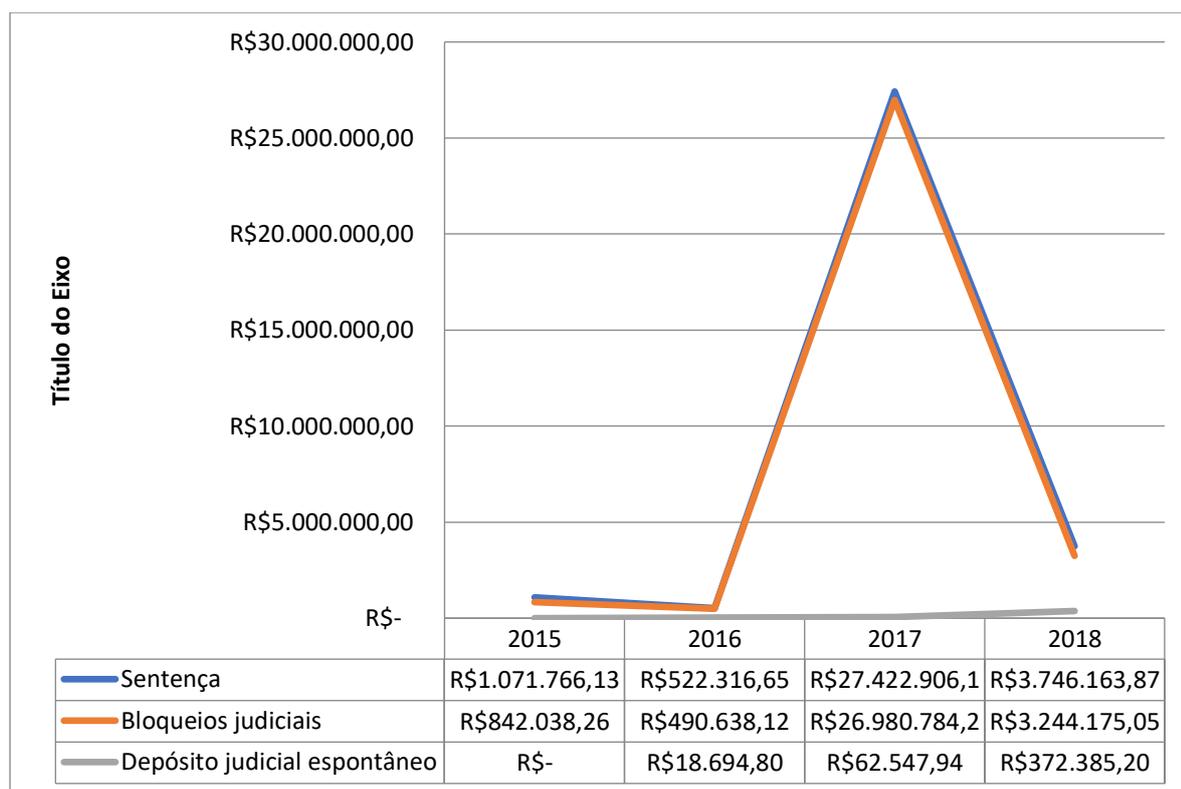
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Tal conclusão resta ainda mais óbvia da simples visualização do gráfico acima na qual é predominante as sentenças totalmente procedentes ou parcialmente procedentes quando se trata de requerimento na seara da saúde.

Aspecto interessante é o aumento progressivo do impacto da repercussão financeira sentenças judiciais exaradas. No gráfico abaixo resta patente a situação de que as sentenças judiciais exaradas são praticamente integralmente cumpridas mediante ordens de bloqueio judicial.

De fato, a linha cinza do gráfico que se refere ao depósito espontâneo pelo Estado de Roraima mal consegue aparecer no gráfico, tão pequeno é o seu impacto na grande maioria dos processos.

Gráfico 38 - Repercussão financeiras das sentenças e bloqueios judiciais durante o período pesquisado



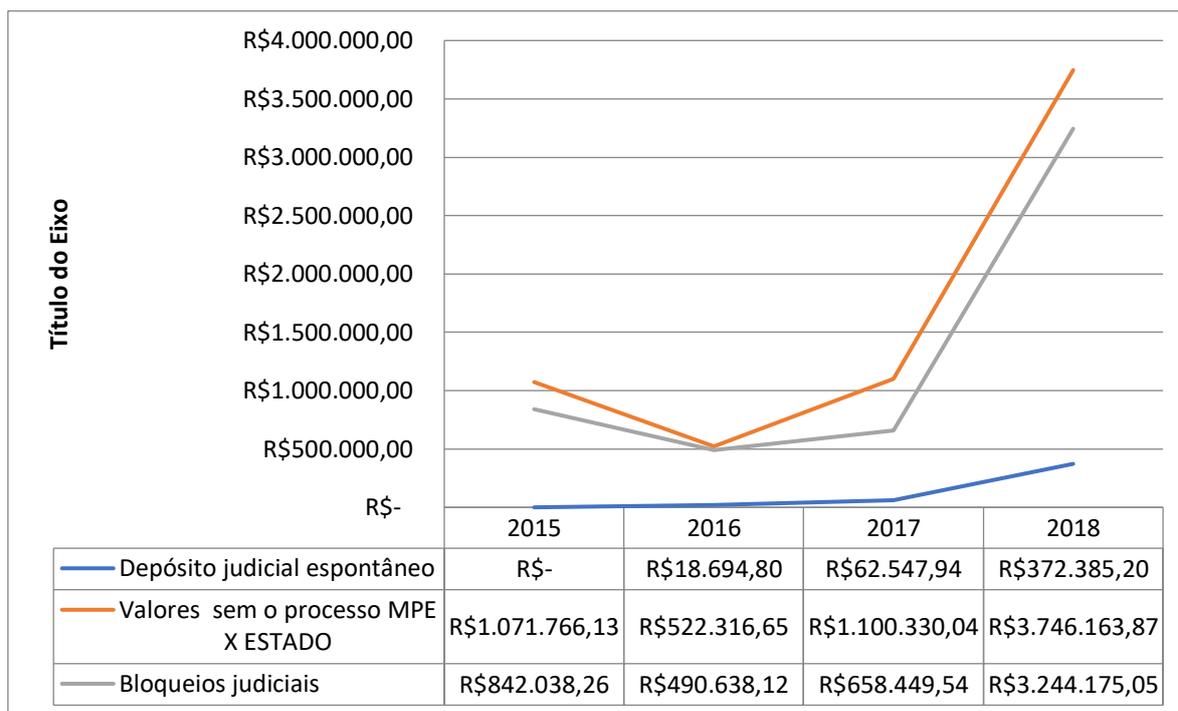
Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Note-se que 2017 foi um ano atípico em relação ao dispêndio já que o MPE/RR se viu obrigado a entrar com processo contra o Estado de Roraima para que o HGR fosse devidamente abastecido dos medicamentos e suprimentos médicos que precisava para continuar prestando seus serviços. Essa atipicidade de dispêndio se reflete no gráfico acima o distorcendo sobremaneira em relação ao exercício de 2017.

Se por um lado, o gráfico corrobora a análise de total colapso do sistema de saúde em 2017, na qual houve falta generalizada de insumos médicos básicos para o funcionamento do principal hospital do Estado, por outro, não serve para acompanhar efetivamente o crescimento ou redução do dispêndio médio de processos em geral no custo do período pesquisado. Assim, elaboramos novo gráfico o qual propositalmente exclui, o dispendioso processo do MPE X ESTADO DE RORAIMA para abastecer o HGR, buscando uma melhor visualização da progressão ou regressão do custo judicial das sentenças exaradas pelos juízes estaduais.

Gráfico 39 - Repercussão financeira das sentenças e bloqueios judiciais, com exclusão do processo MPE X

ESTADO

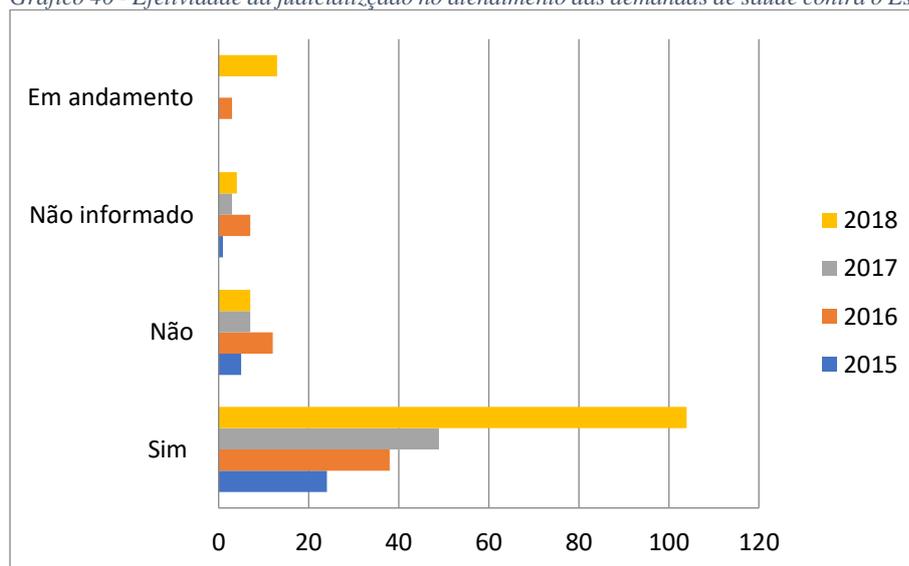


Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Uma conclusão interessante é que a mera análise da concessão ou denegação das tutelas de urgência é suficiente para concluir quanto as tendências dos juízes em sua sentença quanto a procedência, improcedência e inclusive para uma estimativa das decisões sobre o Poder estadual, já que a grande maioria dos bloqueios judiciais acontece muito no início do processo antes da sentença, de forma que efetivamente, a sentença exarada pelo juízo apenas convalida os atos processuais realizados até então.

Por fim, quanto as sentenças analisamos ainda o grau de efetividade do Poder judiciário frente as demandas da população, utilizando o índice de cumprimento final dos pedidos feitos nos processos como medida.

Gráfico 40 - Efetividade da judicialização no atendimento das demandas de saúde contra o Estado de Roraima



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

O gráfico acima não poderia ser mais claro, apesar dos custos, apesar da relativa demora, o judiciário tem sido efetivo na garantia do cumprimento dos direitos da saúde buscados pela população.

A grande maioria dos pedidos realizados foi garantida e cumprida em razão de processos judiciais, havendo baixo índice de ineficiência. As demandas, majoritariamente são resolvidas e atendem aos pedidos de forma relativamente célere, de forma que há baixo índice de óbitos em razão de espera pelos serviços e baixo índice de desistência.

A digitalização de processos e a adoção do processo digital serviu para tornar ainda mais efetivo o processo, acelerando o seu tempo de tramitação e fazendo com que medidas urgentes sejam tomadas de forma muito mais célere que no antigo processo físico. Em 2015, com a instalação do PROJUDI e digitalização de processos que até então corriam de forma física, se verifica que um processo, mesmo com pedidos na área de saúde e urgência, tramitava em média por 1.098 dias, ou seja, levavam em média 3 anos para chegar a sua resolução final.

Esse tempo, embora pareça curto para as cidades grandes era demasiadamente elevado para um Estado pequeno que no ano de 2015 teve uma demanda de processos na temática de saúde de apenas 40 processos.

A instalação completa do processo judicial digital em Roraima, já em 2016, fez com que o tempo médio de tramitação caísse para 2 anos e meio e em 2017 o tempo médio de tramitação de um processo foi de 1 ano e 7 meses, havendo uma aceleração clara e portanto,

uma maior efetividade. Note-se que mesmo em 2018, onde a demanda em saúde muito mais que triplicou, se manteve a tendência de redução no tempo de tramitação dos processos judiciais nessa área, de forma que mesmo nesse ano um processo levava em média 1 ano e 3 meses do começo ao fim.

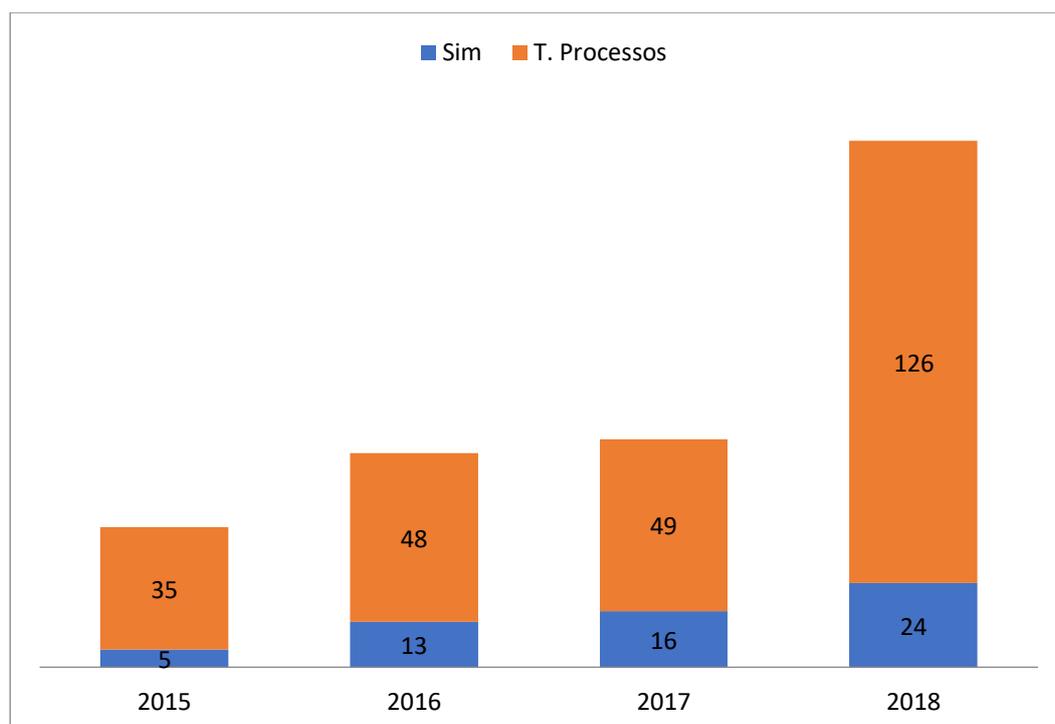
Sublinhe-se ainda que, por se tratarem os processos analisados de demandas na temática saúde, a concessão e o cumprimento de grande parte dos requerimentos acontecem muito cedo no processo, bem antes da sentença, na concessão ou denegação da tutela de urgência de forma que isso é um fator decisivo na efetividade das demandas judiciais nessa temática. Apenas a título de exemplo, temos que em 2018, o ano com maior incidência de processos do período pesquisado uma decisão inicial de deferimento ou indeferimento de tutela de urgência levava em média no máximo 1 (mês) para ser exarada e geralmente, para a grande maioria dos processos o prazo era de 1 (uma) semana. Havendo grande número de processos com liminares concedidas dentro de 24hrs, de forma que a celeridade se verifica não apenas na tramitação em geral, mas na busca pelo fornecimento efetivo e em tempo do requerido.

4.4 Processos na segunda instância e a jurisprudência do Tribunal de Justiça

Quanto aos processos em segunda instância dois fatores de análise, que guardam interesse com a temática da dissertação preponderam: são a incidência frequente ou não recursos pelo polo vencido e os eventuais dispêndios adicionais com relação a imposição de multas desfavoráveis ao Estado de Roraima.

No caso, temos que o índice de recursos contra sentenças de primeiro grau no TJ/RR é baixo, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 41 - Recursos para o TJ/RR no período pesquisado



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Com base nas informações acima é perfeitamente claro que nos processos da temática saúde, recursos não são o traço mais comum havendo baixo índice de recursos. Em 2015, dos cinco recursos protocolados 4 foram de iniciativa da Procuradoria Geral do Estado e 3 desses recursos referiam-se a inconformidade com a sentença que ordenou o fornecimento de medicamentos a pacientes e efetuou o bloqueio judicial, uma particularidade é que todos os documentos pleiteados constavam da lista de medicamentos do SUS nacional.

Em 2016 todos os recursos originaram-se do Estado de Roraima e tal tendência se manteve em 2017 e 2018, anos em que por duas vezes os recursos se originaram de inconformismos de autores.

O baixo índice de recursos provenientes de autores não é surpresa, tendo em vista que os gráficos colacionados nos tópicos acima quanto as sentenças e tutelas de urgência demonstram o alto índice de procedência dos processos no Estado de Roraima na temática de saúde.

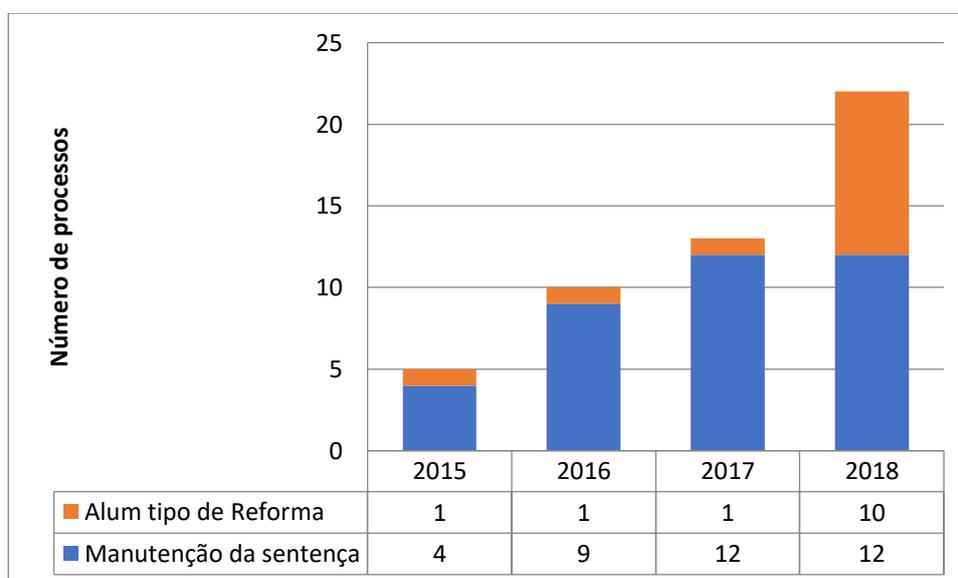
Surpreendente, porém é o baixo índice de recursos advindos do próprio Estado de Roraima, principalmente em 2015 e 2016, já que o índice de cumprimento das tutelas de

urgência era baixo e havia claros indícios de discordância com o posicionamento radicalmente favorável ao pleiteante assumido pelo Poder judiciário local.

Os dados colhidos, porém não são aptos a comprovar a razão por trás do baixo índice de recursos protocolados, podendo-se apenas estimar que se referem ao fato de que na maioria das vezes as obrigações já foram cumpridas, os materiais adquiridos, os tratamentos realizados, de forma que o recurso estatal não serviria para recuperar o dispêndio ou desfazer obrigações já cumpridas, de forma que apenas acresceria ao dispêndio estatal, já que poderia haver aumento no valor dos honorários e eventuais multas.

Note-se que, de maneira geral, os recursos protocolados não ensejaram a modificação da sentença, mantendo-se a mesma na maior parte dos casos.

Gráfico 42 - Efetividade dos recursos protocolados no julgamento de 2º grau



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

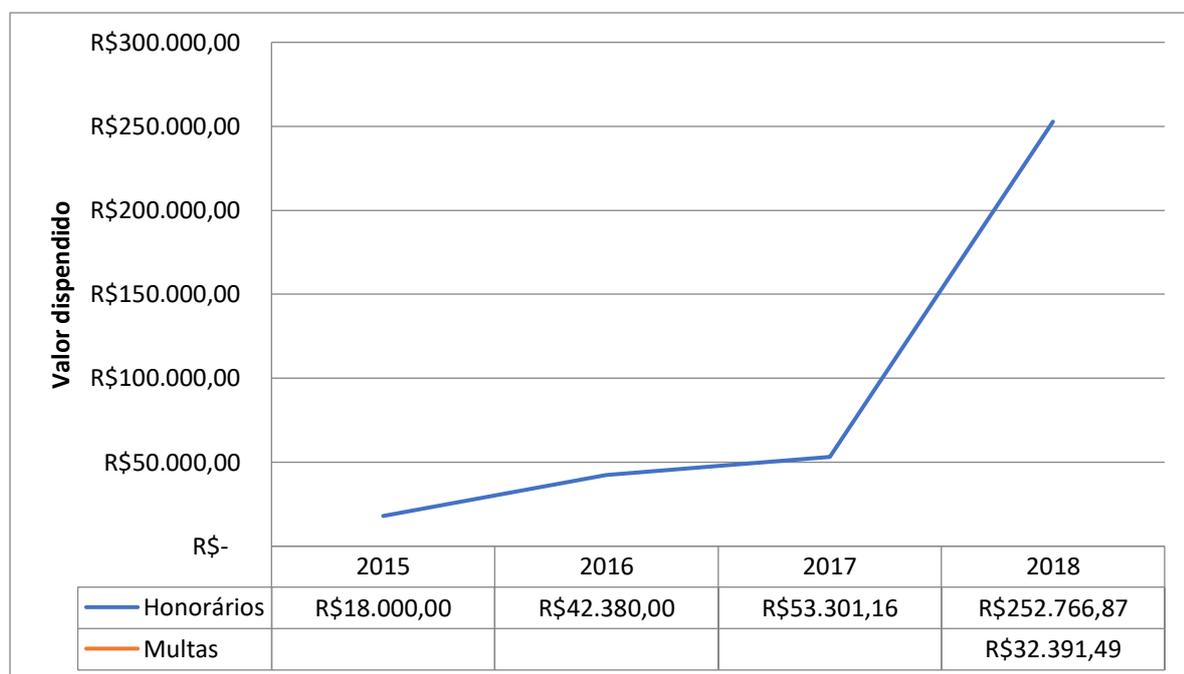
Nesse sentido, temos ainda que mesmo os recursos protocolados tem baixo grau de efetividade no sentido de modificar a sentença de piso originalmente exarada pelo juízo. Sendo a vasta maioria dos Acórdãos de manutenção da sentença, conforme demonstra o gráfico acima.

O último dado analisado quanto ao segundo grau se refere ao incremento de custos de forma desfavorável ao Estado de Roraima, com a determinação ou ampliação de pagamento de multas ou até mesmo aumento das condenações originais.

Nesse último, os dados colhidos acima, o qual demonstram que a maior parte dos Acórdãos determina a manutenção da sentença, temos que não se verifica aumento das condenações desfavoráveis ao Estado de Roraima nos julgamentos de segundo grau.

Por fim, quanto ao dispêndio estatal com honorários, o gráfico demonstra um salto em 2018, em razão do grande número de processos protocolados.

Gráfico 43 - Dispêndio com honorários e multas



Fonte: Elaboração própria com base nos dados colhidos durante a pesquisa realizada para dissertação (2020).

Esse custo com processos de maneira geral deve ser considerado no dispêndio geral do Estado e incluído no cálculo de custeio judicial em geral, já que esses valores são incluídos no valor originalmente orçado para dispêndio com processos judiciais.

No caso, só no ano de 2018, além do dispêndio com os processos em si, demonstrados no gráfico Gráfico 38, o dispêndio estadual com processos judiciais chega a 4 milhões de reais, o que para um Estado com orçamento anual geral de pouco mais de 3 bilhões corresponde a um baixo gasto efetivo com judicialização, pouco mais de 0,1% do orçamento estadual anual.

4.5 Atendimentos existentes e realizados no Estado e efetivação das políticas públicas

Segundo dados do Plano Estadual de Saúde (2016), em 2015, 38% de todos os atendimentos hospitalares de Roraima tratavam-se de pacientes em busca de atendimento clínico, tendo sido realizados 11.974 atendimentos. Em 2016, por seu turno os tratamentos

clínicos, representaram 35,44%, mas houve um aumento em números absolutos com 12.881 atendimentos.

Os quinze mais procurados procedimentos de 2015 e 2016, seguem na tabela abaixo primeiros procedimentos que ocupam os maiores lugares em 2015 e 2016 seguem na tabela abaixo:

Tabela 9 - Procedimentos hospitalares 2015 e 2016

Item	Procedimentos Hospitalares	2015	(%)	2016	(%)
1	Tratamentos clínicos	11.974	38,01%	12.881	35,44%
2	Partos e nascimentos	6.252	19,85%	6.096	16,77%
3	Cirurgia obstétrica	3.508	11,14%	3.421	9,41%
4	Consulta/Acompanhamento/Atendimento	2.649	8,41%	3.673	10,11%
5	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.576	5,00%	1.761	4,85%
6	Cirurgia do sistema osteomuscular	1.258	3,99%	2.020	5,56%
7	Trat. De lesões, envenenamento	1.131	3,59%	1.694	4,66%
8	Outras cirurgias	739	2,35%	1.303	3,59%
9	Cirurgia do aparelho geniturinário	746	2,37%	1.130	3,11%
10	Tratamento em nefrologia	504	1,60%	609	1,68%
11	Tratamento em oncologia	405	1,29%	570	1,57%
12	Cirurgia das vias aéreas, da face, da cabeça e do pescoço	120	0,38%	302	0,83%
13	Cirurgia de mama	186	0,59%	175	0,48%
14	Cirurgia torácica	115	0,37%	175	0,48%
15	Cirurgia em oncologia	96	0,30%	173	0,48%
Total		31.259	99,24%	35.983	99,02%

(Fonte: Sistema de informações hospitalares do SUS - Ministério da Saúde, 2020)

O município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, concentra mais de 90% de todos os atendimentos realizados no Estado de Roraima, tanto em 2015, quanto em 2016, seguido pelo município de Rorainópolis, o qual em 2015 foi responsável por 2,34% e 3,35% em 2016 (RORAIMA, 2016).

Os chamados procedimentos ambulatoriais os quais incluem consultas, atendimentos e exames em geral e procedimentos de média complexidade sem internação demonstram a constante expansão do maquinário estatal na busca de ampliar e aumentar os atendimentos de um ano para o outro, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 10 - Procedimentos ambulatoriais realizados em Boa Vista entre 2015 e 2016

Item	Procedimentos ambulatoriais	2015	(%)	2016	(%)
1.	Consulta/Atendimento/Acomp.	1.106.394	49,91%	1.754.079	43,72%
2.	Diagnóstico em lab. Clínico	439.815	19,84%	935.544	23,32%
3.	Comp. Espec. de Assist. Farmacêutica	284.673	12,84%	671.542	16,74%

4.	Diagnóstico por radiologia	144.104	6,50%	251.572	6,27%
5.	Autorização/Regulação	84.255	3,80%	145.008	3,61%
6.	Diagnóstico e procedimentos esp. Hemoterapia	22.526	1,02%	39.435	0,98%
7.	Met. Diagnóstico em espec	25.936	1,17%	27.308	0,68%
8.	Fisioterapia	18.611	0,84%	30.224	0,75%
9.	Hemoterapia	15.546	0,70%	25.355	0,63%
10.	Diagnóstico por ultra-sonografia	14.311	0,65%	21.382	0,53%
11.	Diagnóstico por teste rápido	15.817	0,71%	18.856	0,47%
12.	Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	9.059	0,41%	17.909	0,45%
13.	Ações coletiva/individuais em saúde	7.212	0,33%	19.622	0,49%
14.	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica	5.241	0,24%	13.673	0,34%
15.	Pequenas cirurgias e cirurgias de pele	5.951	0,27%	12.465	0,31%
16.	Tratamentos clínico	5.543	0,25%	8.639	0,22%
17.	Tratamentos odontológicos	2.258	0,10%	4.975	0,12%
18.	Diagnóstico por tomografia	2.561	0,12%	4.460	0,11%
19.	Coleta de material	3.257	0,15%	2.819	0,07%
20.	Bucomaxilofacial	875	0,04%	2.018	0,05%
21.	Tratamento em oncologia	1.020	0,05%	1.051	0,03%
22.	Vigilância em saúde	806	0,04%	1.213	0,03%
23.	Diagnostico por endoscopia	531	0,02%	1.300	0,03%
24.	Cirurgia das vias aéreas super, da face, da cabeça e do pescoço	10	0,00%	586	0,01%
25.	Cirurgia do aparelho geniturinário	296	0,01%	229	0,01%
26.	Coleta de exames para doação de tecidos e células e de transplante	-	-	476	0,01%
27.	Cirurgia osteomusculas	69		114	-
28.	Terapias especializadas	16		126	-
29.	Cirurgia do aparelho da visão	57	-	84	-
		2.216.750	100%	4.012.064	100%

Fonte: Sistema de informações hospitalares do SUS - Ministério da Saúde, 2020

O município de Boa Vista, também nesse quesito concentra mais de 90% dos procedimentos ambulatoriais realizados em todo o Estado de Roraima. Resta também parente que o número de procedimentos realizados em 2016 em relação a 2015 quase duplicou, o que indica não apenas um aumento da busca, mas uma procura do sistema de saúde em absorver a demanda aumentada.

É preciso ressaltar ainda que o SUS é responsável por mais de 90% de todos os atendimentos realizados no Estado de Roraima no ano de 2016 (DATASUS, 2020). De onde se conclui que apenas uma pequena fração da população se utiliza da rede particular e mesmo a população que a utiliza de forma contumaz ainda utiliza alguma estrutura do SUS, seja para vacinas ou tratamentos médicos complexos sem disponibilidade na rede particular local.

Em 2017, visando aumentar a capacidade de absorção estadual e diante do eminente caos da saúde, causado pelo aumento do influxo migratório venezuelano, o qual pressionou o sistema como um todo, a Secretaria Estadual de Saúde instalou a fila cirúrgica única e determinou critérios claro para seu funcionamento. Abaixo segue a justificativa do Estado para a implantação de tal modelo (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE RORAIMA, 2017, p. 10):

CRITÉRIOS DE ORGANIZAÇÃO DO ACESSO A CIRURGIAS ELETIVAS DO ESTADO DE RORAIMA - FLUXO GERAL DA FILA ÚNICA –CGRAC-SESAU
 Considerando a necessidade de se dar vazão à demanda reprimida de cirurgias eletivas no estado de Roraima e a necessidade de parametrizar as solicitações novas conforme portaria GAB/SESAU 1591/2017 (ANEXO1) e da CIB/RR No 32/2017 respeitando a Portaria GM/MS NO 1294 de 25 de maio de 2017 a CGRAC/SESAU (Coordenação Geral de Regulação, Avaliação, Auditoria, Controle e Sistemas do SUS) através da Central de Regulação de procedimentos eletivos define os CRITÉRIOS DE ORGANIZAÇÃO DO ACESSO A CIRURGIAS ELETIVAS DO ESTADO DE RORAIMA (FILA ÚNICA)

O objetivo era atender os usuários em fila de espera e inserir novos usuários, bem como, por meio da previsibilidade da realização dos procedimentos, permitir ao ente estadual se preparar com insumos específicos e pré-determinar médicos, salas de cirurgia e horários, ocasionando, uma organização que melhoraria inclusive o atendimento das emergências por meio da reserva de períodos sem cirurgia marcada, nos horários e data em que comumente há maior influxo de pacientes.

A recomendação veio diretamente do Ministério da Saúde, sendo uma solução aplicada em vários estados da federação, incluindo grandes cidades, tais como São Paulo.

DO PUBLICO ALVO: USUÁRIOS RESIDENTES NO ESTADO DE RORAIMA QUE TENHAM INDICAÇÃO CIRÚRGICA ELETIVA SUBDIVIDIDOS
EM: - USUÁRIOS NOVOS: (EXTERNOS OU INTERNADOS) INSERIDOS APÓS O INICIO DO PROCESSO DE CONTROLE DA FILA ÚNICA, JÁ DEVEM SER INSERIDOS OBEDECENDO OS CRITERIOS DA PORTARIA GAB/SESAU 1591/2017 e da CIB/RR No 32/2017 –
USUÁRIOS ANTIGOS: FORAM LOCALIZADOS E JÁ TIVERAM SEUS PROCEDIMENTOS INSERIDOS NA LISTA ÚNICA E DEVERÃO ATUALIZAR SEUS EXAMES E INDICAÇÃO CIRÚRGICA. –
USUÁRIOS ANTIGOS NÃO LOCALIZADOS: USUÁRIOS QUE NÃO FORAM LOCALIZADOS PELA SESAU ATRAVÉS DO MEIO DE CONTATO DISPONIBILIZADO NAS LISTAS ANTERIORES À PORTARIA GAB/SESAU 1591/2017. (ANEXO 9) DA INCLUSÃO (USUÁRIOS NOVOS)

O que se nota é que a despeito da instauração da fila única, a despeito das expectativas de melhoria até então existentes, o ano de 2018 foi o recordista no número de processos judiciais iniciados por cidadãos e pelo Ministério Público Estadual.

O ano de 2018, também entraria para história quando o sistema de Governo entraria em colapso sendo o Estado alvo de uma intervenção federal, com a nomeação de um interventor

para assumir a administração Estadual, já que financeiramente o Estado não possuía condições de arcar com as mínimas responsabilidades e realizar qualquer tipo de investimento.

Se em 2017 havia a perspectiva de que a obra de ampliação do Hospital Geral fosse finalizada e equipamentos para realização de exames de maior complexidade fossem instalados nos municípios do interior, 2018 demonstrou que tais expectativas eram exageradas.

A despeito das informações acima, a Secretaria de Saúde se manifestou em 2018 quanto a aumento da realização de cirurgias eletivas no Estado de Roraima, após a criação da fila única de cirurgia a qual foi criada em 2017. Conforme informações da SESAU em 2015 foram realizadas pouco mais de 4.000 cirurgias eletivas e mais de 3000 cirurgias de urgência e emergência, totalizando 7.585 cirurgias em 2015 e em 2016 foram realizadas 5.800 cirurgias eletivas (SESAU, 2017, Portal G1/RR, 2016).

Em 2018 a SESAU afirmou que por ano, emite entre 1500 a 1700 novas autorizações para tratamento fora do domicílio e que os chamados TFD concedidos incluem o atendimento e o acompanhamento pós-tratamento, sendo a vasta maioria das autorizações para tratamentos de alta complexidade, como câncer, problemas cardiológicos, cirurgias neurológicas, transplantes e colocação de próteses complexas no quadril e joelho. O valor da diária de TFD paga pelo Estado é atualmente de R\$ 89,50 e visa auxiliar no custeio de Estadia, alimentação e transporte do paciente e seu acompanhante (SESAU, 2018).

Até o momento, em 2020, a obra do HGR não foi finalizada, ainda há processos que buscam medicamentos e embora o influxo de pessoas tenha se reduzido, ainda não houve um retorno ao patamar observado em 2015.

5 CONCLUSÃO

O processo de judicialização de demandas básicas do cidadão é uma realidade nacional. O ordenamento político criado pela Constituição Federal de 1988 veio para ampliar as formas de acesso do cidadão aos direitos por ela concedidos ou criados. Dessa forma, a criação das Defensorias Públicas estaduais, com o fornecimento de assistência judiciária gratuita, a ampliação dos poderes dos Ministérios Públicos, os qual ganha competência para agir como órgão de defesa dos direitos fundamentais e coletivos e fiscalizar o exercício das gestão pelo poder executivo e a disponibilização de meios para qualquer assunto possa ser alvo de discussão judicial foram imprescindíveis para popularizar e facilitar a luta pelos direitos mais essenciais do cidadão.

Nesse sentido, a pesquisa buscou aferir o ponto de partida dos processos judiciais se Ministério Público, Advogados ou Defensoria Pública, como forma de discernir o público que mais buscava o auxílio do poder judiciário para obter tratamentos ou medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde.

Em seguida verificou-se a incidência temática, como forma de verificar onde estavam as potenciais falhas ou pressões sobre o sistema e como forma de verificar a legitimidade dos pleitos buscou-se aferir se havia determinação de que os medicamentos e procedimentos buscados estavam abarcados pelos serviços que o Sistema Único de Saúde deveria oferecer.

A mais óbvia das conclusões, obtida a partir dos dados colhidos é o fato de que a determinação judicial para realização de cirurgias, principalmente a partir de 2017, impacta diretamente o andamento da fila cirúrgica única, já que uma ordem judicial liminar ou final, com imposição de multa financeira em caso de desobediência do ente estadual, pressiona a administração pública a colocar pacientes que ainda não estão no início da fila no topo, com realização imediata.

Em 2017, o gasto Estadual com tutelas de urgência na temática de saúde correspondeu a 61,9% de todo o valor dispendido pelo Estado para sentenças judiciais em gerais, o gasto efetivo com sentenças judiciais foi de 63,5% do orçamento reservado para o exercício inteiro com todos os tipos de sentenças judiciais. Pouco mais de 1,05% (R\$ 454.193,82) do executado no exercício foi dispendido com a compra de medicamentos constantes na lista do SUS e que deveriam ser fornecidos gratuitamente à população constando nos estoques estaduais.

Adicionalmente conforme dados mencionados no item 4.3.1 em 2018, o dispêndio estadual com aquisição de medicamentos não constantes na lista do SUS foi de quase 1 milhão de reais (R\$ 959.180,07), o que corresponde a 3,5% de todo o dispêndio estadual com custeio de sentenças em 2018, em medicamentos que na teoria e conforme jurisprudência dos tribunais superiores não deveriam ser entregues pelo Sistema aos requerentes.

Tais valores são extremamente expressivos frente ao dispêndio com medicamentos não constante na lista do SUS em 2015 e 2016, os quais foram respectivamente de R\$ 33.209,46 e R\$ 86.715,00. Os valores dispendidos em 2017 com o mesmo tipo de medicamento representam um aumento de 400% no dispêndio em relação a 2017.

O Estado de Roraima, especialmente relacionado ao período pesquisado enfrentava um problema incomum: o aumento súbito e expressivo no número de imigrantes de outros países para viver no país, em sua maioria imigrantes que não tinham condições de se sustentar e que se utilizaram do sistema de saúde gratuito, tendo em vista a escassez de serviços de saúde vivida em seus países de origem.

Afirmar que o Estado não estava preparado para receber um fluxo tão grande é não apenas óbvio, como também cristalino, mas não é possível afirmar que a migração de forma exclusiva induziu o aumento da judicialização no Estado. Temos que o ano de 2017 foi um ano de desorganização financeira, em que não houve sucesso no pagamento das contas e elevação da dívida interna e verificou-se uma excessiva burocratização dos procedimentos.

Os dados, especialmente em relação a 2017 e 2018, demonstram que o Estado de Roraima adotou uma postura de permissão e passividade em relação aos bloqueios judiciais em suas contas como forma de prover ao cidadão o medicamento e tratamento buscado, simplesmente por ser a forma mais rápida de garantir os direitos a saúde desses.

Nesse sentido, temos um processo licitatório regido pela Lei nº 8.666/1993 e pela Lei nº 10.520/2002 e pelo Decreto nº 10.024/2019, os quais, dada a sua rigidez, não se adaptam a compra emergencial, dado seus prazos e tampouco a compra por demanda, especialmente em tempos de inflação errática.

Embora, as Atas de registro de preço permitam a consolidação em uma Ata de preços registrado com validade de até um ano, a larga variação dos preços faz com que o fornecedor registrado não efetue as entregas quando requerido após algum tempo e não cumpra as obrigações assumidas. Ademais, o prazo de entrega é demasiado elevado, tendo em vista o isolamento geográfico do próprio Estado.

Essa situação particular contribui para tornar o colapso da saúde vivido em fins de 2017 e 2018 ainda mais grave e torna urgente a realização de uma reforma na legislação vigente para trazer uma forma específica, eficiente e rápida de adquirir medicamentos e insumos médicos.

Os dados colhidos ao longo da pesquisa deixam claro que o gargalo da saúde roraimense e que leva a crescente judicialização de demandas é a ausência de insumos médico-hospitalares (para realização de cirurgias, atendimentos, exames) e de medicamentos. Sendo essencial a resolução desse problema para que haja a consequente redução do número de processos, melhoria e ampliação dos atendimentos, cirurgias e procedimentos médicos.

A realização de enormes pregões eletrônicos com dezenas de materiais é custosa, trabalhosa e demorada e tem se demonstrado vez após vez ineficiente na medida em que há repetidos descumprimentos das obrigações de entrega em razão de variações de preços e de pedidos pequenos ou grandes demais,

Ademais, vários dos insumos, remédios e equipamentos licitados, permanecem sem utilização ou pedidos, enquanto outros são pedidos em quantidades inesperadamente grandes. Para tornar eficiente a aquisição de medicamentos e insumos é necessário mais que simplesmente planejar, é preciso tornar eficiente a entrega e até mesmo a forma de aquisição e para tanto é preciso que haja a aprovação de legislação que permita a aquisição direta das farmácias locais de medicamento e insumos, mediante o credenciamento das mesmas e de forma que os pedidos sejam realizados mediante demanda, garantindo a entrega rápida dos insumos e medicamentos requeridos.

Nesse sentido, a solução potencial visualizada é sistemática e depende da conjunção de vontades dos representantes do vários poderes. Inicialmente, do ponto de vista legislativo é essencial a elaboração e aprovação e uma legislação específica para a compra de bens de saúde e estabeleça um processo que se adeque a celeridade necessária não só para a formalização, mas também para aquisição. Deve-se estabelecer a entrega parcelada e a aquisição do mesmo bens diversas vezes no ano, com aberturas para variações de preços. Uma das saídas visualizadas seria a aquisição de farmácias locais de medicamentos, de forma que os pedidos fossem realizados na medida em que se verifica a necessidade de um determinado medicamento. Nesse sentido, se faria o credenciamento das farmácias e escolhida a que fornecesse o medicamento com o melhor preço. Tal medida faria com que o poder público não mantivesse largos estoques e manteria um fluxo constante de medicamentos necessários.

Outra medida seria a fixação prévia de quantas cirurgias seriam realizadas em cada modalidade, com determinação de insumos necessários a cada uma das cirurgias e de um excedente para emergências com base no número de emergências ocorridas no ano anterior, de forma a garantir o pessoal, os insumos e até a infraestrutura, bem como o agendamento prévio, por meio da fila única, a qual atualmente já foi implantada e permite a previsão das cirurgias e procedimentos a serem realizados.

Por fim, cabe uma adequação do Poder Judiciário e de suas decisões para que estejam em consonância com os objetivos máximos no SUS, no sentido de não fornecer ou autorizar procedimentos e medicamentos de forma automática, não previstos ou cobertos pelo sistema, consolidando jurisprudência que garanta o fornecimento efetivo dos serviços que

compõem o sistema e evitando o fornecimento de medicamentos e serviços que estão excluídos do mesmo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Raphael Florindo. Casa de Saúde Indígena em Roraima (1973-1983) – circunstâncias e estratégias da criação. Dissertação de mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Março de 2018. Disponível em: <<<http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2018/dissertacao-raphael-florindo>>>. Acesso em 14 de abril de 2020.

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim and TORRES, Milena Ellen Mineiro. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. Interface (Botucatu) [online]. 2020, vol.24. Publicado em 22 de maio de 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100237&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 14 de novembro de 2020.

BARBOSA, Reinaldo Imbrózio. Ocupação humana em Roraima II – uma revisão do equívoco da recente política de desenvolvimento e o crescimento desordenado. Bol. Mus. Par. Emílio Goeldi. P. 177-197. São Paulo: 1993. Disponível em: <<[http://agroeco.inpa.gov.br/reinaldo/RIBarbosa_ProdCient_Usu_Visitantes/1993Ocup%20Humana II_BMPEG.pdf](http://agroeco.inpa.gov.br/reinaldo/RIBarbosa_ProdCient_Usu_Visitantes/1993Ocup%20Humana%20II_BMPEG.pdf)>> Acesso em 15 de abril de 2020.

BRANDÃO, Inaê. RR decreta emergência na saúde por causa da migração de venezuelanos. In: Portal G1 – Roraima. Boa Vista: 7 de dezembro de 2016. Disponível em: <<<http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2016/12/rr-decreta-emergencia-na-saude-por-causa-da-imigracao-de-venezuelanos.html>>> Acesso em 15 de novembro de 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título II, Capítulo II – Dos Direitos Sociais. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>>. Acesso em 3 de abril de 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII, Capítulo II – Da seguridade social. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>>. Acesso em 3 de abril de 2020.

BRASIL. Lei federal nº 7.009 de 1º de julho de 1982. Disponível em: <<<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128270/lei-7009-82>>>. Acesso em 15 de abril de 2020

BRASIL. Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em 23 de novembro de 2020

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, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>> Acesso em 18 de julho de 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão STA 791 AgR/SC. Agravante: Estado de Santa Catarina. Agravado: União e outros. Relator: Ministro Presidente. Julgado em 20/11/2019. Disponível em: <<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=751595912>>> Acesso em 1º de outubro de 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal RE 581488/RS. Recorrente: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: União e outros. Relator(a): Min. DIAS TOFFOLI. Órgão julgador: Tribunal Pleno. Julgamento: 03/12/2015. Disponível em: <<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10624184>>> Acesso em 1º de outubro de 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não registrados na lista do SUS (atualizada). Brasília: 11 de março de 2020. Disponível em: <<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439095&caixaBusca=N>>>. Acesso em 23 de novembro de 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não registrados na lista do SUS (atualizada). Brasília: 11 de março de 2020. Disponível em: <<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=411857&caixaBusca=N>>>. Acesso em 20 de novembro de 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 597.064/RJ. Recorrente Irmandade do Hospital Nossa Senhora das Dores. Recorrido: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento em 07/02/2018. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1481_7081>>. Acesso em 2 de outubro de 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 666.094/DF. Recorrente: Distrito Federal. Recorrida: Unimed Brasília Cooperativa de Trabalho Médico. Relator: Min. Roberto Barroso. Julgamento em 21/02/2019. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. Disponível em : <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1481_7081>>. Acesso em 3 de outubro de 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Estabelecimentos. Fichas de estabelecimentos. Disponível: <<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/1400202476649>>>. Acesso em 26 de abril de 2020.

CANDIDO, Francisco. DOUTOR DURVAL DE ARAÚJO - Primeiro médico sanitário do Território Federal do Rio Branco. In Folha de Boa Vista online. 26 jun. 2019. Disponível em: <<<https://folhabv.com.br/coluna/Minha-Rua-Fala-26-06-2019/8448>>>. Acesso em 20 de abril de 2020.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M; PEREDA, L. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança pública / Conselho Nacional de Imigração e Cordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra 2019.

CHAVES, Ceíça. **Aumento populacional** - Boa Vista é a capital com maior taxa de crescimento entre 2018 e 2019, segundo dados do IBGE. Prefeitura Municipal de Boa Vista, 2019. Disponível em: <<<https://www.boavista.rr.gov.br/noticias/2019/08/aumento-populacio>>>

[nal-boa-vista-e-a-capital-com-maior-taxa-de-crescimento-entre-2018-e-2019-segundo-dados-do-ibge](#)>>. Acesso em 19 de julho de 2020.

CONSELHO NACIONAL DO SECRETARIOS DE SAÚDE. Assistência de média e alta complexidade. Volume 9. Brasília: Coleção Progestores, 2007, 1ª edição. Disponível em: << http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2020

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RORAIMA. De curandeiros e freiras a chegadas de médicos. In: Jubileu de Ouro, 50 anos do CRM/RR. Revista do CRM/RR. Disponível em: << https://issuu.com/crm-rr/docs/revista_crmrr_50_anos>>. Acesso em 5 de abril de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RORAIMA. Primeiros Hospitais. In: Jubileu de Ouro, 50 anos do CRM/RR. Revista do CRM/RR. Disponível em: << https://issuu.com/crm-rr/docs/revista_crmrr_50_anos>>. Acesso em 5 de abril de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RORAIMA. Primeiros Médicos. In: Jubileu de Ouro, 50 anos do CRM/RR. Revista do CRM/RR. Disponível em: << https://issuu.com/crm-rr/docs/revista_crmrr_50_anos>>. Acesso em 5 de abril de 2020.

CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO DE RORAIMA. Relatório do controle interno das contas governamentais. Exercício 2018. Disponível em:<< <http://www.transparencia.rr.gov.br/index.php/orcamento/prestacao-de-contas/prestacao-de-contas-2007-2017/category/370-2018>>> Acesso em 28 de junho de 2020.

CORDEIRO, Cícero Irlando Rodrigues. A criação do Território federal do Rio Branco, de 1943 a 1964. 55p. Monografia para graduação em História. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista/RR, 2012. Disponível em: << http://ufrr.br/historia/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=84:a-criacao-do-territorio-federal-do-rio-branco-de-1943-a-1964&id=4:publicacoes&Itemid=204>> Acesso em 6 de abril de 2020.

CORREIA, Luan Guilherme. População do Estado mais que dobrou nessas quase três décadas de história. In: Folha BV, Boa Vista/Roraima, 5 de outubro de 2016. Disponível em: <<<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Populacao-do-Estado-mais-que-dobrou-nessas-quase-tres-decadas-de-Historia/20915>>> Acesso em 8 de abril de 2020.

COSTA, Emily. Após 13 anos, Hospital Regional Sul é inaugurado em Rorainópolis, RR. In Portal G1 – Roraima. 30 de março de 2014. Disponível em: << <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2014/03/apos-13-anos-hospital-regional-sul-e-inaugurado-em-rorainopolis-rr.html>>>. Acesso em 27 de abril de 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RORAIMA. Resolução CSDPE nº 042, de 03 de agosto de 2017. Boa Vista, 03 de agosto de 2017. Disponível em: << <http://www.defensoria.rr.def.br/resolucao-2017?download=4011:resolu%C3%A7%C3%A3o-042>>> Acesso em 11 de novembro de 2020.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE RORAIMA. Critérios de Organização do acesso a cirurgias eletivas do Estado de Roraima - Fluxo Geral Da Fila Única –Cgrac-Sesau. Boa Vista, Imprensa oficial do Estado de Roraima, nº 3061 de 11 de agosto de 2017, p. 10. Disponível em: <http://www.imprensaoficial.rr.gov.br/app/_visualizar-doe/> Acesso em 17 de novembro de 2020.

DUÓ, Shirlene Camila Nascimento. O Parto ontem e hoje: reconstrução história da assistência obstétrica em enfermagem no Estado de Roraima. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Roraima. Boa Vista/RR. 2017. 65 p. Disponível: <<<file:///C:/Users/Maria/Downloads/2017%20shirlene%20camila%20nascimento%20duo%20-%20o%20parto%20ontem%20e%20hoje%20reconstruo%20historica%20da%20assistencia%20obstetricia%20em%20enfermagem%20no%20estado%20de%20roraima%20cd.pdf>>> Acesso em 26 de abril de 2020.

FEDERAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. RR: Imagens flagram superlotação e pacientes internados no corredor do maior hospital público do estado. São Paulo, 27 de novembro de 2017. Disponível em: <<<http://portalfmb.org.br/2017/11/27/rr-imagens-flagram-superlotacao-e-pacientes-internados-no-corredor-do-maior-hospital-publico-do-estado/>>. Acesso em 18 de novembro de 2020

FIGUEIREDO, Érika. Cirurgias eletiva continuam suspensas no HGR e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré. Boa Vista/RR: 13 de novembro de 2018. Reportagem em vídeo. Disponível em : << <https://globoplay.globo.com/v/7161783/>>> Acesso em 28 de novembro de 2020.

FOLHA DE BOA VISTA. Promotora de Saúde revela esquema de superfaturamento em cirurgias. Boa Vista, 26 de outubro de 2019. Disponível: <<<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Promotora-de-Saude-revela-esquema-de-superfaturamento-em-cirurgias/58884>>>. Acesso em 1º de novembro de 2020.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Qual a faixa de renda familiar das classes? Rio de Janeiro, sem data. Disponível em: << <https://cps.fgv.br/qual-faixa-de-renda-familiar-das-classes>>> Acesso em 11 de novembro de 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: << http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

GONÇALVES, Winycyus. IDH de Roraima registra leve queda, mas ainda é o maior da região Norte. *In*: Roraima em tempo

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA. Plano estadual de saúde, 2016-2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RR_PLANO_DE_SA%C3%9ADE_2016_2019_FINAL.pdf>> Acesso em 1º de julho de 2020.

HECK, Egon; LOEBENS, Francisco; CARVALHO, Priscila D.. Amazônia indígena: conquistas e desafios. *Estud. av. São Paulo*, v.19, n. 53, p. 237-255. Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de abril de 2020

HORTÉLIO, Marina. Nascimentos de bebês de venezuelanas em Roraima batem recorde 2018. *In* Metro1. Salvador: 18 de outubro de 2018. Disponível em: <<https://www.metro1.com.br/noticias/brasil/62877_nascimentos-de-bebes-de-venezuelanas-em-roraima-batem-recorde-2018>> Acesso em 28 de novembro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: Caracarái. Disponível em <<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/caracarai/historico>>>. Acesso em 21 de abril de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção populacional. Disponível em <<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/53/49645?ano=2017>>>. Acesso em 5 de fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção populacional. Disponível em <<<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Serviços de saúde. Disponível em: << <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/alto-alegre/pesquisa/32/28163>>>. Acesso em 8 de abril de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. Rio de Janeiro: 4 de setembro de 2020. Disponível em: << <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vaio-a-rede-publica>>> Acesso em 11 de novembro de 2020.

LIMA, José Carlos Franco de; FERNANDES, Gilmar. **Migrantes em Roraima (Brasil):** a massificação dos termos acolher/acolhimento. In: Universidade Federal de Roraima, mar, 2019. Disponível em: << http://ufr.br/antropologia/index.php?option=com_content&view=article&id=115:migrantes-em-roraima-brasil-a-massificacao-dos-termos-acolher-acolhimento&catid=2&Itemid=102>>. Acesso em 20 de julho de 2020.

MANSUR, Sâmea Luz. Breves apontamentos sobre o termo “judicialização” frequentemente citado em informativos do STF e STJ. *In Jus Brasil*. Disponível em: <<<https://samealuz.jusbrasil.com.br/artigos/389418859/o-fenomeno-da-judicializacao-na-sociedade-contemporanea>>>. Acesso em 2 de abril de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Datasus. Disponível em:<< <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1801 de 9 de novembro de 2015. Disponível em: << https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html>> . Acesso em 13 de abril de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: << http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>> . Acesso em 13 de setembro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 2 de 17 de janeiro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: << [MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestantes indígenas têm atendimento diferenciado em maternidade em Roraima. Disponível em: << <https://www.saude.gov.br/noticias/sesai/12683->>>](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0002_17_01_2012.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20nacionais,de%201990%2C%20e%20os%20arts.> https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0002_17_01_2012.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20nacionais,de%201990%2C%20e%20os%20arts.>>> . Acesso em 18 de julho de 2020</p>
</div>
<div data-bbox=)

[gestantes-indigenas-tem-atendimento-diferenciado-em-maternidade-em-roraima](#)>>. Acesso em 20 de abril de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488/2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>> Acesso em 20 de setembro de 2020.

OLIVEIRA, Lidiane. REESTRUTURAÇÃO NA SAÚDE - Hospital de Pacaraima receberá ambulância e equipamentos novos neste fim de semana. Governo do Estado de Roraima. 07 de março de 2020. Disponível em: << <http://www.roraima.rr.gov.br/index.php/component/k2/item/1430-reestruturacao-na-saude-hospital-de-pacaraima-recebera-ambulancia-e-equipamentos-novos-neste-fim-de-semana>>>. Acesso em 25 de abril de 2020.

PACHECO, Maria Augusta de Oliveira. A crise e o fechamento do Hospital Nossa Senhora de Fátima. Monografia apresentada no Curso de Graduação em História. Universidade Federal de Roraima Dezembro de 2015. Disponível em: << <file:///C:/Users/Maria/Downloads/A%20crise%20e%20o%20fechamento%20do%20Hospital%20Nossa%20Senhora%20de%20Ftima%20Boa%20Vista-Roraima%201972-1984.pdf>>>. Acesso em em 25 de abril de 2020.

PONTES, Jaqueline. Serviço de agendamento de exames na SESAU passa por reformulação. In: Roraima em Tempo. Boa Vista, 19 de março de 2019. Disponível em: <<https://roraimaemtempo.com/noticias-locais/servico-de-agendamento-de-exames-da-sesau-passa-por-reformulacao-,295353.jhtml>> Acesso em 21 de novembro de 2020.

PORTAL EDUCAÇÃO. Classificação dos Hospitais e Características de seus Serviços. Disponível em: <<<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/turismo-e-hoteleria/classificacao-dos-hospitais-e-caracteristicas-de-seus-servicos/15665>>>. Acesso em 26 de abril de 2020.

PORTAL G1 RORAIMA. Hospital Geral de Roraima deve retomar cirurgias eletivas este mês. Boa Vista: 6 de maio de 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2016/05/hospital-geral-de-roraima-deve-retomar-cirurgias-eletivas-este-mes.html>>. Acesso em 6 de novembro de 2020

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Desenvolvimento Humano para Além das Médias: 2017. – Brasília : PNUD : IPEA : FJP, 2017.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. In: Lua Nova, ano 03, nº 25, 1992.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma reformulação. Organizado por Erin Kelly. Traduzido por Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

RORAIMA. Lei estadual nº 96/1995. Disponível em: <<<https://www.tjrr.jus.br/legislacao/phocadownload/leisOrdinarias/1995/Lei%20Estadual%20096-1995.pdf>>>. Acesso em 21 de abril de 2020.

RORAIMA. Lei estadual nº 97/1995. Disponível em: <<<https://www.tjrr.jus.br/legislacao/phocadownload/leisOrdinarias/1995/Lei%20Estadual%20097-1995.pdf>>>. Acesso em 21 de abril de 2020.

RORAIMA. Lei estadual nº 98/1995. Disponível em: <<<https://www.tjrr.jus.br/legislacao/phocadownload/leisOrdinarias/1995/Lei%20Estadual%20098-1995.pdf>>>. Acesso em 21 de abril de 2020.

RORAIMA. Lei estadual nº 99/1995. Disponível em: <<<https://www.tjrr.jus.br/legislacao/phocadownload/leisOrdinarias/1995/Lei%20Estadual%20099-1995.pdf>>>. Acesso em 21 de abril de 2020.

RORAIMA. Lei estadual nº 100/1995. Disponível em: <<<https://www.tjrr.jus.br/legislacao/phocadownload/leisOrdinarias/1995/Lei%20Estadual%20100-1995.pdf>>>. Acesso em 21 de abril de 2020.

RORAIMA. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA. Unidades do interior. Disponível em: <<<https://www.saude.rr.gov.br/2018/index.php/j-stuff/content/list-layout>>>. Acesso em 22 de abril de 2020.

RORAIMA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (RR) Relatório anual de epidemiologia de Roraima 2018. Boa Vista/RR: Estado de Roraima, 2019. Disponível em: <<https://saude.rr.gov.br/cgvs/images/visa/relatorios/relatorioanualdeepidemiologia_2018y.pdf>> > Acesso em 20 de setembro de 2020.

RORAIMA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (RR). Cirurgias Eletivas – Pacientes do SUS serão incluídos em fila única. Boa Vista: 19 de junho de 2017. Disponível: <<<https://www.saude.rr.gov.br/2018/index.php/2017-04-30-22-46-19/noticias-2/10-noticias-da-sesau/57/cirurgias-eletivas-pacientes-do-sus-serao-incluidos-em-fila-unica>>>. Acesso em 6 de novembro de 2020.

RORAIMA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (RR). TFD - Casos de alta complexidade somam média de 1.700 atendimentos por ano. Boa Vista: 6 de outubro de 2018. Disponível: <<<https://www.saude.rr.gov.br/2018/index.php/2017-04-30-22-46-19/noticias-2/10-noticias-da-sesau/513/tfd-casos-de-alta-complexidade-somam-media-de-1-700-atendimento-s-por-ano>>> Acesso em 19 de novembro de 2020.

RORAIMA. SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA. Balanço Geral 2015. Boa Vista, 14 de abril de 2016. Disponível em: <<<http://www.transparencia.rr.gov.br/index.php/orcamento/prestacao-de-contas>>>. Acesso em 22 de novembro de 2020.

SOUZA, Carla Monteiro de; NOGUEIRA, Francisco Marcos Mendes. Notas sobre a presença nordestina em Roraima. XXVII Simpósio Nacional de História – Conhecimento histórico e diálogo social. Rio Grande do Norte: 22 a 26 de julho de 2013. Disponível em: <<https://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364927542_ARQUIVO_TextoCarlaM.Souza.pdf>> Acesso em 15 de abril de 2020.

TAVARES, Gabriely de Jesus. Ocupação urbana na cidade de Boa Vista/RR: o bairro liberdade e sua gênese no início da década de 1980. Monografia apresentada para conclusão do curso de Licenciatura em História. Universidade Federal de Roraima. Jun.2015. 72 p. Disponível em: <<<file:///C:/Users/Maria/Downloads/OCUPACAO%20URBANA%20NA%20CIDADE%20DE%20BOA%20VISTARR.pdf>>> Acesso 25 de abril de 2020.

TAVARES, J. M. da S., PEREIRA NETO, C. Aspectos do crescimento populacional: estimativas e uso de indicadores sociodemográficos. **Formação (Online)**, v. 27, n. 50, p. 3–36, 2020.. Disponível: <<

VALE, Ana Lia Farias. Imigração de nordestinos para Roraima. *Estud. av.*, São Paulo , v. 20, n. 57, p. 255-261, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de abril de 2020.

WANDERLEY, Karina Brasil. Internação Hospitalar Materna e Infantil indígena.: a intersubjetividade no processo de cuidar. Dissertação para Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Roraima. Boa Vista/RR, 2016. Disponível em: << http://ufr.br/procisa/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=666:karina-brasil-wanderley&id=60:2017&Itemid=277>> Acesso em 6 de abril de 2020.

WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O direito social e o direito público subjetivo à saúde – o desafio de compreender um direito com duas faces. In: *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo: v.9, n.2. p. 92-131, jul-out.2008.