**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Análise jurídica sanitária dos desafios enfrentados
pelos médicos prescritores frente às necessidades dos
usuários do Instituto da Criança do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo**

Natasha Zanaroli Scaldaferrri

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Gestão e Saúde
Orientadora: Prof^ª. Dra. Sueli Gandolfi Dallari

**São Paulo
2020**

**Análise jurídica sanitária dos desafios enfrentados
pelos médicos prescritores frente às necessidades dos
usuários do Instituto da Criança do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo**

Natasha Zanaroli Scaldaferrri

Dissertação apresenta ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sueli Gandolfi Dallari

**Versão Corrigida
São Paulo
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a) Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Scaldaferri, Natasha Zanaroli

Análise jurídica sanitária dos desafios enfrentados pelos médicos prescritores frente às necessidades dos usuários do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Natasha Zanaroli Scaldaferri; orientadora Sueli Gandolfi Dallari. -- São Paulo, 2020.

180 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

1. Direito à Saúde. 2. Direito Sanitário. 3. Médicos. 4. Educação Permanente em Saúde. I. Dallari, Sueli Gandolfi, orient.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por me acompanharem nas alegrias, me darem alento nas horas difíceis e me abençoarem nessa caminhada chamada vida. Em especial, aos meus avós que foram e ainda são partes fundamentais do meu coração.

Ao José Rafael, por demonstrar todo seu amor e suporte nos pequenos detalhes e nas coisas grandiosas durante todo o tempo.

Aos amigos de perto e aos que estão de longe, mas que mesmo assim, a todo tempo, enviaram palavras de apoio e torcida. Em especial àqueles que fiz dentro do Hospital das Clínicas, às meninas do NUDI e às aprimorandas, companheiras de jornada.

À Doutora Maria Mathilde Marchi, Coordenadora do Núcleo Especializado em Direito do HCFMUSP, por me abrir as portas e me dar a oportunidade da concretização desse sonho.

Aos colaboradores do HCFMUSP que me ajudaram diretamente ou indiretamente em diversos momentos. Em especial à Ana Lúcia e aos funcionários do ICr que me receberam de forma muito solícita.

À Marina Borba, pelo acolhimento e pelas palavras que sempre acalmaram.

À minha orientadora Prof^{ra}. Dra. Sueli Gandolfi Dallari, pela paciência e apoio durante todo o período e, principalmente, por não ter me deixado desistir em tempos difíceis.

Com meu Deus, eu salto muralhas!

RESUMO

O Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, realiza anualmente cerca de 700 mil exames laboratoriais, 66 mil consultas ambulatoriais e 2 mil cirurgias. Considerando números dessa magnitude, sendo centro de referência em 21 especialidades para tratamento de crianças e adolescentes, não só de São Paulo, como do país inteiro, esta pesquisa se propôs explorar as dificuldades dos médicos prescritores do ICr em concretizar o Direito à Saúde, frente as necessidades dos usuários do Instituto. Para tanto, foram selecionados aleatoriamente 31 médicos pediatras prescritores para responderem 6 questões abertas. Dentre os principais pontos apresentados por eles estão os conflitos com indústria farmacêutica, grande volume de pacientes atendidos, falta de disponibilidade de terapias, defasagem na incorporação de tecnologias, limitação de medicamentos, a questão social dos pacientes e familiares, gestão de pessoas e pressão da gestão para cumprimento de regras. A Instituição, por sua vez, possui medidas e recomendações em relação ao atendimento de pacientes, à prática médica, à prescrição de medicamentos e insumos, judicialização e outras. Nos entrevistados foram identificadas algumas falhas, principalmente acerca do entendimento do papel que exercem na concretização do SUS e de que forma podem agir na tentativa de modificar seu cenário. A alternativa proposta foi o uso da Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta de problematização e reflexão, de forma coletiva, sobre a realidade e particularidades que necessitam ser consideradas. Proporcionar uma visão integral do SUS e estimular práticas inovadoras para superação de obstáculos faz com que os médicos se sintam ouvidos e empoderados e, ao mesmo tempo, os profissionais estarão mais bem preparados para o cumprimento de normas administrativas e judiciais que envolvam a administração pública.

Palavras chaves: Direito à Saúde, Saúde Pública, Médicos, Educação Permanente em Saúde

ABSTRACT

The Children Institute of the Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine of USP, annually conducts about 700,000 laboratory tests, 66,000 outpatient consultations and 2,000 surgeries. Considering numbers of this magnitude, being a reference center in 21 specialties for the treatment of children and adolescents, not only from São Paulo, but from all over the country, this research aimed to analyze the health and legal challenges faced by prescribing doctors in achieving the Right to Health compared to the needs of the users of the Institute of Children of the Hospital das Clínicas of School of Medicine of University of São Paulo. Therefore, 31 prescribing pediatric doctors were randomly selected to answer 6 open questions. Among the main points presented by them are the conflicts with the pharmaceutical industry, the large volume of patients attended, the lack of therapies availability, the lack of technology incorporation, the limitation of drugs, the social issue of patients and their families, the people management and the pressure for compliance with rules. The institution, in turn, has measures and recommendations regarding patient care, medical practice, prescription of drugs and supplies, judicialization and others. In the interviewees some flaws were identified, mainly about the understanding of the role they play in the implementation of SUS and how they can act in an attempt to modify their scenario. The proposed alternative was the use of Permanent Health Education as a tool of problematization and reflection, collectively, about the reality and particularities that need to be considered. Providing an integral view of the SUS and stimulating innovative practices to overcome obstacles makes doctors feel heard and empowered, while professionals are better prepared to comply with administrative and judicial standards involving public administration.

Descriptors: Right to Health, Public Health, Physician, Permanent Education in Health

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Ilustração do banco de dados da pesquisa	26
Tabela 2 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 1).....	34
Tabela 3 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 2).....	35
Tabela 4 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 3).....	36
Tabela 5 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 4).....	38
Tabela 6 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 5).....	38
Tabela 7 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 6).....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEM	Código de Ética Médica
CAEF	Comissão Autárquica de Ética Funciona
CoBi	Comissão de Bioética do HCFMUSP
CIAF	Comissão de Integração de Assistência Farmacêutica
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CEP	Centro de Educação Permanente
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONSEAS	Conselho Estadual de Assistência Social
COMA	Conselho Municipal de Assistência Social
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CCTIES	Coordenadoria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DHAC	Divisão Hospital Auxiliar de Cotoxó
DHAS	Divisão Hospital Auxiliar de Suzano
ECH	Expressões-Chave
EEP	Escola de Educação Permanente
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FFM	Fundação de Faculdade de Medicina
FZ	Fundação Zerbini
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IC	Ideias-Centrais
ICHC	Instituto Central
ICr	Instituto da Criança

IMREA	Instituto de Medicina Física e Reabilitação
IOT	Instituto de Ortopedia e Traumatologia
IPq	Instituto de Psiquiatria
InRad	Instituto de Radiologia
ITACI	Instituto de Tratamento do Câncer Infantil
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octávio Frias de Oliveira”
InCor	Instituto do Coração
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOAS	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NIS	Núcleo de Informação em Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PSF	Programa de Saúde da Família
RUE	Rede de Urgência
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	1
1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS	5
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E DO INSTITUTO DA CRIANÇA.....	12
3.1 HISTÓRIA DO HCFMUSP	12
3.2 ESTRUTURA DO HCFMUSP	13
3.2.1 Conselho Deliberativo	14
3.2.2 Conselho Consultivo.....	15
3.2.3 Diretoria Clínica	16
3.2.4 Comissão de Integração de Assistência Farmacêutica - CIAF	16
3.2.5 Superintendência.....	17
3.2.6 Unidades Hospitalares	18
3.3 INSTITUTO DA CRIANÇA – ICR.....	18
3.4 FUNDAÇÕES DE APOIO.....	20
4. OBJETIVO	24
5. MATERIAL E MÉTODO.....	25
5.1 COLETAS DE DADOS	25
5.2 AÇÕES ADOTADAS PELOS GESTORES.....	26
5.3 REGULAÇÃO ADMINISTRATIVA JURÍDICA SANITÁRIA	27
5.4 FONTES BIBLIOGRÁFICAS	28
5.5 DISCURSO SUJEITO COLETIVO.....	29
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	32
6. O QUE DIZEM OS PRESCRITORES.....	33
7. AÇÕES DOS GESTORES	41
7.1 ATOS DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR	41
7.2 PORTAL DO MEDICAMENTO.....	44
7.3 COMISSÃO DE BIOÉTICA - COBI DO HCFMUSP	47
7.4 POLÍTICA DE <i>COMPLIANCE</i>	55
7.5 ATOS DA ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO DA CRIANÇA - ICR	56
7.6 PROCESSO HCFMUSP SOBRE REPASSE DOS CUSTOS COM A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS E SERVIÇO PRESCRITOS NO HOSPITAL	61

7.7 ESCOLA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO HCFMUSP.....	63
8. DISCUSSÃO	66
PERGUNTA 1 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS	66
PERGUNTA 2 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS	74
PERGUNTA 3 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS	84
PERGUNTA 5 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS	97
PERGUNTA 6 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS	105
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICE A – PARECER Nº 2.588.348, DE 09 DE ABRIL DE 2018, DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP DO HCFMUSP127	
APÊNDICE B – PARECER Nº. 3.120.947, DE 24 DE JANEIRO DE 2019 DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP DO HCFMUSP	130
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	132
APÊNDICE D – DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS	135

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O conceito de saúde sempre foi muito difícil de ser definido e sempre esteve ligado ao conceito de doença baseando-se, portanto, em conceitos da medicina e ciências biológicas. No entanto, com o passar dos anos, a sociedade percebeu que a definição de doença também passava por aspectos sociais, conceitos individuais ou vivências de determinado grupo. Assim, houve uma abrangência no conceito de doença como também de saúde, abarcando dimensão multidisciplinar de aspectos físicos, sociais, espirituais e mentais (AITH, 2007, p. 46).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 definiu saúde como: *“um estágio de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças ou enfermidades”*, nesse mesmo documento que a definiu, também foi colocada dentre outros princípios básicos para a relação harmoniosa dos povos, sendo um direito fundamental de todos os seres humanos, sem distinção de raça, religião ou opção política e social (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p. 01). A professora Sueli Dallari (2003) explica que o conceito de saúde adotado em documentos internacionais foi bastante amplo, abrangendo aspecto individual como a assistência médica, até a necessidade do Estado garantir o direito a uma vida com níveis adequados à manutenção da dignidade humana, sem esquecer também das ações de cunho coletivo como o controle das endemias.

Após uma construção social e internacional do conceito de saúde e saúde como direito; no Brasil um novo reconhecimento legal do setor de saúde aconteceu em março de 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde. Realizada em Brasília, tinha o objetivo de disseminar um projeto de Reforma Sanitária voltada principalmente à universalização do acesso, à equidade no atendimento, integralidade da atenção, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade. Foi o resultado do processo de redemocratização do país (COHN, 1989).

Por meio dessa reforma houve contribuição para que fossem estabelecidos parâmetros críticos em relação à transformação legal que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde. Contribuiu também para o olhar do poder político às camadas populares, mudanças no sistema de saúde, nas diretrizes básicas e mudanças no financiamento do setor (COHN, 1989, p. 129). Tais fundamentos formaram o arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 05 de outubro de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil com a instituição de Estado Democrático de Direito, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias (BRASIL, 1988).

Dentre os Direitos Fundamentais expostos no capítulo II, a saúde foi estabelecida no artigo 6º como direito social, assim como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância e a assistência aos desamparados. Já o artigo 196, estabeleceu a saúde como direito de todos e deu ao Estado a responsabilidade de garantir meios para seu alcance:

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

Ressalta-se que o legislador constituinte não preconizou somente um conjunto de ações diretas de saúde como assistência médica, por exemplo, mas sim, uma estrutura muito mais ampla inserindo-se no âmbito das políticas sociais como emprego e educação. Os artigos seguintes foram sistematizadores do SUS, com princípios da descentralização, direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade [...] (BRASIL, 1988).

Nesse entendimento, o SUS, instituído pela Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), de 19 de setembro de 1990, passa a ser uma política pública de saúde que trouxe o direito à saúde para todos os cidadãos, deixando de ser apenas um privilégio para os contribuintes da previdência social e depositando no Estado a responsabilidade de sua garantia. O direito ao

acesso aos serviços de saúde passa a ser universal e igualitário, por meio de um novo modelo de financiamento.

Os princípios dispostos no artigo 7º, impõem ao sistema: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (regionalização e hierarquização) (BRASIL, 1990). A descentralização se refere à distribuição de responsabilidade nas esferas de governo, e a hierarquização com a regionalização referem-se aos diferentes níveis de complexidade da assistência necessária. Esses princípios organizadores do SUS fortalecem a municipalização e a participação social.

Por conseguinte, a população brasileira ganhou um importante espaço para participação na formulação e controle social das políticas públicas de saúde. Por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, estabelecidos pela Lei de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por exemplo, é dado espaço para deliberação e pactuação social.

Evidencia-se que noção de saúde como um direito tem como elemento essencial a participação do cidadão no entendimento das necessidades de saúde de sua comunidade e a colaboração para buscar soluções de proteção individual. Assim, nasce a democracia sanitária que está focalizada no debate político de temas de saúde e de que forma esse debate se transforma em normas jurídicas, políticas públicas e decisões judiciais (AITH, 2017, p. 83).

Nos termos dos artigos 16 ao 19 da LOS, cada esfera de governo passou a ter competências definidas e repartidas e competências que são comuns entre si, reproduzindo assim características do Estado brasileiro e legitimando os três níveis de governo. À direção nacional compete formular, avaliar e apoiar políticas e ações de saúde de interesse nacional e coordenar as articulações com outras as esferas. À direção estadual cabe o papel complementar e suplementar, bem como gerir sistemas de alta complexidade estadual e regional, ações de vigilância, gerenciamento de laboratórios e hemocentros e estruturação de assistência farmacêutica. À direção municipal cabe a função de ações e serviços de saúde, planejamento, organização de rede regionalizada e hierarquizada, bem como articulação com as outras esferas.

Além disso, as três esferas têm o dever de identificar as necessidades e desenvolver o planejamento, regulação e implantação de ações e serviços (BRASIL,1990; DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Por meio de Portarias do Ministério da Saúde, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Elas são instrumentos utilizados para definir estratégias relativas à estruturação das capacidades administrativas e institucionais de cada esfera de governo, atribuindo as competências e autonomias. A partir daí, foram criadas a Comissões Intergestores Tripartite (CIT) (compostas por gestores das três esferas) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) (compostas por gestores do estado e município). Ambas comissões são espaços de negociação entre gestores sobre a organização e direção do SUS para criar uma gestão compartilhada. Em 2006, por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, foi divulgado o “Pacto pela Saúde”, que abarcava outros três arranjos: “Pacto pela Vida”, “Pacto pelo SUS” e o “Pacto de Gestão”. Juntos eles representam o conjunto de reformas institucionais, com inovação nos processos e instrumentos, para alcançar maior eficiência e qualidade (CARVALHO, et al., 2013). Foram definidos prioridades e objetivos de cada componente, responsabilidades quanto a regionalização, planejamento, regulação e avaliação de ações de saúde, bem como delegação de responsabilidades na educação, participação e controle social.

Nessa perspectiva, tendo em vista que em nosso sistema de saúde o Estado assumiu a responsabilidade dos cuidados com a saúde, todas as execuções desses serviços públicos prestados são regidas por textos legais. Assim, para que o interesse público seja alcançado, o administrador público age conforme as leis que delimitam os objetivos da atuação do Estado na área da saúde e os meios a serem empregados. Entretanto, a sociedade tem exigido que o Estado atue para preservar as liberdades fundamentais ou para eliminar as desigualdades, muitas vezes, por meio do Poder Judiciário.

O Estado hoje não pode mais “apenas” dispor de meios para promoção, proteção ou recuperação da saúde, tem que ir além. Necessita dar conta de proteger a saúde do indivíduo de todos os males, inclusive daqueles de responsabilidade dele próprio. O conjunto de leis que vai controlar estes indivíduos, impedindo-os de ações nocivas à sua saúde, como também, textos legais que orientam o Estado para realizar desenvolvimento socioeconômico, somados as atuações estatais decorrentes de poder de polícia ou prestação de serviços públicos, podem ser chamados de direito da saúde pública (DALLARI, 2003).

O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado (DALLARI, 2003, p. 48).

Desta forma, destaca-se o papel ativo dos Poderes Executivos, Legislativos e Judiciário na construção do Direito à Saúde no Brasil. Esse fato pode ser percebido em diversos momentos, desde a regulação das políticas públicas quanto em decisões judiciais que obrigam o Estado ao cumprimento desse direito (AITH, 2017).

1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS

O artigo 200 da Constituição Federal dá competência ao SUS para a ordenação de formação dos recursos humanos na área da saúde. A LOS, por sua vez, também reafirma esta mesma competência, destacando a educação como componente de gestão do SUS. Ademais, a Reforma Sanitária veio fortalecer a descentralização da gestão, o desenvolvimento estratégico para que alcancem a integralidade da atenção à saúde e a participação da sociedade nas decisões do SUS. Somada a isso, a Educação Permanente aparece como um recurso pedagógico para ampliar as relações orgânicas entre formação, gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social (BRASIL, 2004). A EPS teve sua iniciativa na América Latina por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no início dos anos de 1990, no intuito de construir processos participativos nas mudanças no cotidiano que partiam da realidade concreta dos trabalhadores (MERHY, FEUERWERKER, & CECCIM, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004, datada de 13 de fevereiro de 2004, e reformulada com as diretrizes publicadas pela Portaria de Consolidação nº 02/2017, datada de 28 de setembro de 2017.

A PNEPS se justifica, pois é de responsabilidade do gestor federal a execução de políticas orientadoras na formação e desenvolvimento de trabalhadores, articulando componentes de gestão, atenção e participação popular com os componentes de educação de saúde. Também considera que o ensino da saúde tem que estar integrado ao exercício de ações e serviços, condução de gestão e efetivação do controle social, sendo a Educação Permanente

um meio de efetuar essa integração de forma orgânica. Além disso, a Educação Permanente não é só um meio de aprendizado, mas também de reflexão crítica sobre o trabalho da clínica e promoção de saúde coletiva

De acordo com o Ministério da Saúde, a Educação Permanente na Saúde relaciona-se com aprendizagem e transformação nas práticas profissionais. Está também relacionada com mecanismos e temas que geram reflexão, autogestão, mudança institucional e transformação na prática em serviço, aprendendo, trabalhando em equipe, construindo cotidianos e se tornando objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018a).

A PNEPS tem como princípios o diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com construção do projeto democrático e popular. O diálogo é definido como encontro de conhecimento construído por sujeitos, quando cada um coloca de forma respeitosa o que sabe a disposição do outro para ampliar o conhecimento crítico. A problematização está definida como a construção de práticas de saúde alicerçadas na análise crítica da realidade. Já a construção compartilhada de conhecimento consiste nos processos comunicacionais entre pessoas de grupos diferentes para compreender e transformar as ações de saúde nas dimensões teóricas, políticas e práticas (BRASIL, 2017).

Como eixos estratégicos descritos no artigo 4, a PNEPS conta com a participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais. Cabe o destaque de dois desses eixos:

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS:

[...]

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a resignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS [...] (BRASIL, 2017).

O controle social no SUS, sendo uma diretriz constitucional descrita inclusive na LOS, é constituído de conselhos e conferências de saúde, sendo espaço para formulação e construção de políticas de saúde, baseadas nos princípios norteadores de acesso universal, integral e equânime. Esse controle também pode ser exercido por Ministério Público, Poder Judiciário e Poder Legislativo.

Dentre seus objetivos, a Política tem a promoção dos diálogos e a troca de saberes populares e técnicos, para aproximar sujeitos da gestão, serviços, movimentos populares e das instituições formadoras. Objetiva ainda a produção de conhecimento, compartilhamento de experiências, participação popular no planejamento, acompanhamento de avaliação das ações para a implementação da PNEPS.

Esse cenário é muito importante, pois revela a educação permanente na saúde um instrumento que permite, tanto aos trabalhadores da saúde quanto à instituição, uma análise crítica e conhecimento sobre a realidade local. A referência para esses processos é transformar as práticas profissionais a partir de problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004). Significa que a PNEPS vai além do aprimoramento técnico do profissional da saúde, é uma busca intersetorial e interdisciplinar de conhecimento e debate.

A professora Feuerwerker (2014) traz a educação permanente como uma das formas de apoio e de articulação entre trabalhadores e serviço, para que os modelos tecnoassistenciais tornem as necessidades de saúde ponto central para construção das linhas de cuidado. Em outras palavras, a organização dos serviços se dá pelas necessidades de saúde (atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar). Os trabalhadores, no presente caso, os médicos prescritores do ICr, junto com os outros colaboradores e usuários são construtores do SUS. É fundamental que as práticas do momento sejam problematizadas de forma concreta para que se construa outras práticas, promovendo transformação e mudanças a fim de chegar mais perto da concretização do SUS.

Ainda que existam espaços pré-determinados para que estes agentes participem de sua organização e efetivação, como preconiza o art. 198 da CF/88, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) ou as conferências em saúde, todos os dias os encontros que ocorrem entre gestores, trabalhadores e usuários podem ser produtivos e democráticos para esse fim (FEUERWERKER, 2014, p. 84). Assim, a PNEPS se põe como uma estratégia para que as relações entre ensino e serviço, a docência e a atenção à saúde, o trabalho e a gestão, o desenvolvimento institucional e o controle social se tornem mais orgânicas.

A educação permanente em saúde, desse modo, seria uma das estratégias para concretizar essa aposta no trabalho vivo e na construção de pactos ético políticos que colocassem os usuários e suas necessidades como foco da organização do trabalho em saúde (FEUERWERKER, 2014, p. 99).

A educação permanente vai auxiliar nesse processo, pois permite reflexão participativa e ativa do trabalhador. É a partir da prática, da realidade e das relações de trabalho que o processo educativo se constrói (FEUERWERKER, 2014, p. 97).

2. JUSTIFICATIVA

Com esse embasamento inicial cabe agora um panorama acerca do local escolhido como objeto de estudo. Em sua inauguração, o Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo contava com área física de 4.600 m², com capacidade para 1.200 leitos, 207 enfermarias, 17 salas cirúrgicas e 106 quartos (HCFMUSP, 2018). Hoje, o Complexo ocupa uma área construída de 600 mil m², possuindo 2.500 leitos instalados e 105 salas de cirurgia que realizam cerca de 47 mil cirurgias por ano. Conta com mais de 19 mil funcionários entre autárquicos e fundacionais. Em 2018 obteve uma receita de R\$ 2,5 bilhões de reais e realizou mais de 1,3 milhões de consultas. Representa 27,5% das internações de alta complexidade da Cidade de São Paulo, 10,7% das internações do estado de São Paulo e 2,8% das internações do Brasil (HCFMUSP, 2018, p. 99).

Além disso, produz anualmente cerca de 4,9 milhões de unidades de medicamentos e distribui cerca 7,6 milhões de unidades. A farmácia do HCFMUSP atendeu em 2017 aproximadamente 1,3 milhões de receitas e, só no ano de 2018, cerca de 70 mil pacientes foram beneficiados com o Programa Medicamento em Casa que funciona desde 2013 (HCFMUSP, 2018, p. 3; FFM, 2017) Se destaca por ser o primeiro hospital a realizar transplante de rim na América Latina, em 1965.

O interesse sobre o estudo do Complexo se deu pela experiência da Pesquisadora por um ano no Programa de Aprimoramento Profissional – PAP do HCFMUSP, na área de Direito em Saúde Pública. Ali foi entendido de fato o que significam esses números suntuosos na prática profissional para os servidores que estão ali, e o lugar que ocupa na saúde pública do Estado de São Paulo e do Brasil. Além disso, a interdisciplinaridade que a Autarquia possui por sua grandiosidade, proporciona enriquecimento muito interessante na relação acadêmica-profissional que a Pesquisadora vive hoje.

A judicialização da saúde tem sido uma discussão relevante, principalmente nos últimos 10 anos, pois tem tomado grande vulto e envolvido muitos atores como magistrados, advogados, membros do Ministério Público e Defensorias Públicas, gestores públicos, pesquisadores, médicos e o próprio cidadão, que elevam a discussão no âmbito do judiciário, legislativo e executivo. A discussão é complexa e perpassa por questões constitucionais, como a garantia do direito à saúde na Magna Carta, questões de Estado como orçamento e saúde pública, chegando a questões de cunho ético de pesquisa entre médicos e indústria farmacêutica. Dentro do HCFMUSP esta realidade não é diferente.

Encontra-se o problema da alta demanda judicial para o fornecimento de insumos e medicamentos que, por muitas vezes, não estão na lista farmacológica do Complexo, contendo especificidades de marcas e apresentações diferentes. Ou ainda ações judiciais contra o Estado de São Paulo para cirurgias e terapias complexas que são cumpridas pela Autarquia. Como exemplo, constam, dentre os medicamentos padronizados do HCFMUSP, 11 (onze) itens que não possuem registro na ANVISA, e que vinham sendo adquiridos com base na Resolução nº 81, de 05 de novembro de 2008, por importação direta, para o atendimento mensal de, em média, 168 pacientes, conforme as indicações terapêuticas. Com o advento da Lei nº 12.401, em 28 de abril de 2011, que alterou a Lei do SUS, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde, em seu artigo 19-M, houve a delimitação do que seria a assistência farmacêutica no âmbito do SUS e definição como assistência integral aquela oferta de medicamentos constantes na tabela do Sistema Único. Em consonância, o artigo 19-T, trouxe a vedação, em todas as esferas de gestão do sistema único, da dispensação, do pagamento, do ressarcimento ou do reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na ANVISA. O tratamento desses 168 pacientes que, por muitas vezes sofrem de algum tipo de doença rara ou de difícil tratamento e que não possui terapia substitutiva na lista de assistência farmacêutica do SUS, foi descontinuado pelo impedimento da importação pela Autarquia. Isso fez com que a pesquisa estivesse focada, a priori, na judicialização da saúde dentro do HCFMUSP.

A experiência dentro da Área de Consultoria do Departamento Jurídico da Instituição fez com que o olhar estivesse sempre mais voltado aos médicos. Eles tinham que responder questionamentos de órgãos externos, com justificativas técnicas de como estavam tratando aquele paciente, com quais terapias, custos e prazos possíveis de cirurgias. Isso fez com que o objeto da pesquisa se modificasse no decorrer da jornada, para não ser mais apenas um trabalho sobre a judicialização, mas entender o problema anterior à judicialização: a concretização do direito à saúde. Entendeu-se que havia a necessidade de buscar outros caminhos e um olhar que abrangesse atores e circunstâncias pouco faladas. Como funcionava a tomada de decisão dos médicos, como lidavam com os pacientes com doenças raras que são encaminhados ao Complexo e como agiam perante questões de orçamento do Hospital e do SUS, levantando suas dificuldades cotidianas.

A divisão do Hospital por especialidades médicas, formando os Institutos, faz com que as realidades de cada prédio sejam muito distintas uma das outras, pois tratam de doenças diferentes, com necessidades diferentes e com volumes de pacientes e de orçamentos diferentes. Por esse motivo, optou-se pela escolha de apenas um Instituto que pudesse ser rico de

informações, acessível à pesquisadora em termos de dados e pessoas, e que fosse, de certa forma, uma unidade coesa em relação à gestão e comunicação. Assim, foi escolhido o Instituto da Criança. As cautelas que permeiam a hospitalização de uma criança e, consequentemente, as condutas que devem ser adotadas por todos os profissionais que a cercam, inclusive pela própria Instituição, demonstraram ser um ambiente interessante para que a pesquisa fosse realizada.

Foi realizado uma pesquisa empírica, com a realização de entrevistas com médicos pediatras do ICr, para conhecer e construir os discursos representativos desses profissionais, por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo. No decorrer da investigação, conhecendo o cotidiano dos profissionais do ICr, como será descrito no capítulo de Material e Métodos, foi identificada a Educação Permanente em Saúde como meio de debate e de alcance da concretização do direito à saúde pelos profissionais. Levar esse contexto para o Instituto da Criança do HCFMUSP torna-se importante, pois tanto a gestão, os trabalhadores e, por que não, os usuários, necessitam refletir sobre as dificuldades que permeiam o cotidiano do Instituto, a fim de buscar superações e soluções criativas que impactem positivamente, não só para os colaboradores, mas também para a realização do cuidado e a concretização do direito à saúde.

O conteúdo da pesquisa está organizado na seguinte sequência: contextualização do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e de seu Instituto da Criança, no qual apresenta um panorama geral sobre aspectos históricos e organizacionais do Complexo. Metodologia que foi aplicada na coleta e análise dos dados, principalmente no que se refere ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Apresentação quantitativa do que dizem os prescritores em relação a entrevista aplicada. Descrição e contextualização das normas impostas pelos gestores do HCFMUSP e ICr que se relacionam com as dificuldades levantadas. E a discussão e análise jurídica sanitária das dificuldades dos médicos prescritores, frente as ações dos gestores, tendo os DSC como plano de fundo para cada categoria.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E DO INSTITUTO DA CRIANÇA

3.1 HISTÓRIA DO HCFMUSP

A Fundação Rockefeller, instituição norte-americana, foi de grande relevância na construção da saúde pública no Brasil e em outros países, por meio de acordos de cooperação com o Estado. Por ora, não cabe o debate do envolvimento da Fundação em movimentos eugenistas no país. No entanto, resalta-se o seu fundamental na implementação do saneamento e combate às doenças, bem como no ensino e pesquisa em ciências médicas, principalmente no estado de São Paulo (FARIA, 2002). Nesse contexto, em 09 de fevereiro de 1918, foi firmado acordo entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado de São Paulo, para auxílio da edificação dos novos prédios da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O acordo consistia em três pontos fundamentais: instituição de regime de tempo integral para as cadeiras básicas; limitação de número de alunos; e a construção de um hospital próprio para servir de ensino clínico. Foi instaurada uma comissão com membros do governo do estado de São Paulo e da Faculdade para visitar as melhores instituições de ensino na área de medicina dos Estados Unidos, Canadá e Europa. Foram examinados cerca de 200 centros de ensino e hospitais para que a nova faculdade fosse planejada (Campos, 2004). Em 25 de janeiro de 1920, foi lançada a pedra fundamental do edifício sede e em 1928 teve início a construção do seu prédio principal da faculdade.

Apenas em setembro de 1938 ocorre o lançamento da pedra fundamental do HCFMUSP. Criado pelo Decreto nº 13.192, de 19 de janeiro de 1943, e fundado oficialmente em 19 de abril de 1944, o Hospital foi inaugurado pelo interventor federal Fernando Corrêa da Costa. Nascido de um acordo entre o governo paulista com a Fundação Rockefeller foi construído para servir como hospital-escola aos estudantes de medicina que eram treinados até então na Santa Casa de Misericórdia, e para assistência médica à população. Já àquela época, o desenvolvimento de pesquisas científicas encontrava-se disposto na lei de sua criação.

Com as transformações referentes à formação dos médicos especialistas da época, que exigiam um pensamento mais amplo acerca da saúde pública, foram postas em prática algumas ações que modificariam a estrutura sanitária. Espaços organizados por problemas de saúde específicos, que utilizavam instrumentos da medicina curativa. O aumento da clínica, deu ao médico papel de cientista (MOTA, 2011).

Com as crescentes atividades de ensino, graças ao tamanho do Hospital, juntamente com o ambiente de pesquisa proporcionado pela Faculdade de Medicina, permitiu-se a criação dos institutos divididos por especialidades, implantados entre os anos de 1952 a 1970. Desde lá, se tornaram reconhecidos espaços de referência em suas respectivas áreas, com importante papel na estruturação do atendimento médico à população.

3.2 ESTRUTURA DO HCFMUSP

O Regulamento Interno do HCFMUSP foi aprovado por meio do Decreto nº 9.720, de 20 de abril de 1977, alterado pelo Decreto nº 59.824, de 26 de novembro de 2013. Seu Regimento Interno traz finalidades como: servir como campo de atualização, aperfeiçoamento e especialização para profissionais da saúde; ser centro de referência para ações e serviços de saúde, pesquisa, visando a inovação e o desenvolvimento científico e tecnológico; e contribuir para a excelência no ensino e pesquisa e na incorporação de novas tecnologias com participação dos usuários (art. 5). A humanização, sustentabilidade econômica e projeção da Autarquia nas áreas correlatas estão dentre suas diretrizes (SÃO PAULO, 2013).

Com personalidade jurídica de direito público, gozando de autonomia administrativa e financeira e com patrimônio próprio, o HCFMUSP foi transformado em Autarquia de Regime Especial pela Lei Complementar nº 1.160, de 9 de dezembro de 2011. Ele está vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para fins de coordenação administrativa e possui perfil universitário associado à Universidade de São Paulo por meio da Faculdade de Medicina e tem como objetivos o ensino, a pesquisa e a prestação de serviço de saúde à comunidade (SÃO PAULO, 2011).

A Administração Superior do HCFMUSP é estruturada pelos seguintes órgãos:

- Conselho Deliberativo;
- Conselho Consultivo;
- Diretoria Clínica;
- Superintendência.

Figura 1 – Organograma da Administração Superior do HCFMUSP.

3.2.1 Conselho Deliberativo

O Conselho Deliberativo do HCFMUSP é composto por dez representantes dos professores titulares da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), eleitos por seus pares, e tem como atribuição: deliberar sobre assuntos de interesses dos Institutos do HCFMUSP, dos laboratórios de Investigação Médica e dos Departamentos de Unidades Descentralizadas; definir as diretrizes básicas das atividades de ensino, de pesquisa, de assistência; aprovar acordos, contratos e convênios com entidades públicas ou privadas; deliberar sobre doações feitas ao HCFMUSP; referendar as designações dos Diretores Executivos, Diretores de Corpo Clínico e do Superintendente; aprovar a criação de novas estruturas administrativas e organizacionais e aprovar os Regimentos Internos do HCFMUSP membros titulares e suplentes designados por ato do Governador do Estado de São Paulo. Define as diretrizes da assistência médico-hospitalar de nível terciário (SÃO PAULO, 2013).

O Colegiado aprovou seu Regimento Interno em Sessão 2586^a de 19 de setembro de 2000, com alterações aprovadas em Sessão 2669^a de 3 de dezembro de 2002. Como algumas das atribuições dispostas, menciona-se a revisão periódica das metas institucionais e a implantação de novas estruturas administrativas que facilitem o planejamento, acompanhamento e controle dos resultados das funções da Autarquia; a articulação de ações visando maior eficiência e eficácia de desempenho, melhoria da gestão e o desenvolvimento de recursos humanos, aperfeiçoamento dos sistemas logísticos e os recursos tecnológicos,

aprimoramento do atendimento ao cidadão e ampliação dos canais de comunicação entre as esferas governamentais e a sociedade civil (HCFMUSP, 2002).

3.2.2 Conselho Consultivo

O Conselho Consultivo é a instância de participação da sociedade, composto por 32 membros titulares e suplentes, escolhidos pelo Conselho Deliberativo, para fim de colaborar na realização dos objetivos da Autarquia Regime Especial (SÃO PAULO, 2013).

De acordo com seu Regimento Interno é composto por 32 (trinta e dois) membros titulares, dos quais 11 (onze) natos (Presidente do Conselho Deliberativo, Diretor Clínico, Superintendente e Presidentes dos Conselhos Diretores dos Institutos do HCFMUSP) e 21 (vinte e um) escolhidos pelo Conselho Deliberativo HCFMUSP, indicados por diversos seguimentos da sociedade, como por exemplo, representante do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Associação Médica, CRM, Sindicato dos Funcionários e Servidores do HCFMUSP, representante dos usuários das ações e serviços de saúde, indicado pelo Fórum dos Portadores de Patologia do Estado de São Paulo, representante dos alunos da Faculdade de Medicina da USP, indicado pelo Centro Acadêmico, entre outros.

Como atribuição tem a colaboração na realização dos objetivos e diretrizes do HCFMUSP, opinar e propor sobre assuntos que forem encaminhados pelo Conselho Deliberativo, bem como promover ações de integração do HCFMUSP com a sociedade. Ademias, compete também contribuir com dados e informações de sua área de competência sempre que julgarem adequado, apresentar propostas e pareceres em relação às matérias em pauta e solicitar esclarecimentos necessários à apreciação dos assuntos em pauta. A matéria a ser apreciada pode ser originária do Conselho Deliberativo ou de própria autoria dos membros do Conselho Consultivo.

Embora em sua fundamentação o Conselho Consultivo se apresente como um canal direto e ativo para participação da sociedade, na prática não funciona. Ainda que tenham sido realizadas algumas reuniões, tanto por experiência profissional da Pesquisadora no Complexo, quanto por apuração junto a Administração Superior, não há notícias de decisões, memorando ou instrução de serviços que tenham sido feitas mediante colaboração deste colegiado.

Provavelmente um dos motivos para que isso tenha acontecido até o presente momento seja pelo número de pessoas que necessitam estar presentes, ou seus suplentes, para que decisões e pareceres sejam votados. A presença de 32 membros, deles 11 do HCFMUSP, dificulta a periodicidade das reuniões. Além disso, se uma de suas atribuições é opinar e propor

sobre assuntos que forem encaminhados pelo Conselho Deliberativo, talvez falte ao CONDEL requer mais sua participação nas discussões que acontecem internamente.

3.2.3 Diretoria Clínica

O diretor clínico do HCFMUSP e suplentes, são eleitos pelos os membros do Conselho Deliberativo (art. 14 de Lei Complementar nº 1.160, de 9 de dezembro de 2011). Em seu Regimento Interno, aprovado em Sessão do Conselho Deliberativo de 25 de novembro de 1997, com alterações aprovadas em Sessões de 21 de agosto de 2004 e de 09 de novembro de 2010, são funções ao diretor clínico, dentre as quais destacam-se: coordenação das atividades médicas, apoiando as de ensino e de pesquisa; formulação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e normas complementares; coordenação da execução das ações de vigilância sanitária, e de vigilância epidemiológica; orientação das atividades de ensino, treinamento e aprimoramento para a área médica; normatização e regulamentação ética, bioética, disciplinar e funcional do corpo clínico; exercício do poder disciplinar com referência aos integrantes do corpo clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais, em observância as demais normas em vigor; construção de comissões especiais ou grupos, integrados por componentes do corpo clínico ou convidados, para estudos e equacionamentos de quaisquer questões de sua competência (HCFMUSP, 2004).

O corpo clínico, por sua vez, tem por objetivo a realização integrada de ações assistenciais em saúde e atividades preventivas, incremento da investigação e da pesquisa, incentivo à ação interdisciplinar no âmbito da saúde, contribuir para o bom desempenho dos profissionais de saúde, cooperar com a Administração Superior visando a melhoria da assistência, dentre outros.

3.2.4 Comissão de Integração de Assistência Farmacêutica - CIAF

A Comissão de Integração de Assistência Farmacêutica (CIAF) é vinculada à Diretoria Clínica do HCFMUSP de natureza técnico-científica, com finalidade de assessorar na formulação e diretrizes técnicas, científicas e administrativas, em relação a padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos no HCFMUSP. Ela é composta por equipe multidisciplinar e com farmacêuticos chefes de cada instituto do Complexo.

Em seu regimento interno, dentre suas atribuições estão o estabelecimento de políticas institucionais de assistência farmacêutica; elaboração de planejamento estratégico, planos de ação e monitoramento; promoção da integração entre as unidades de farmácia do Complexo; participação dos Programas da Escola de Educação Permanente, para promover a capacitação dos profissionais; suporte e orientação técnica quanto à assistência farmacêutica etc.

Sua câmara técnica tem a competência para assessorar a Administração Superior do HCFMUSP na formulação da política de medicamentos; avaliar a adequação de cada medicamento e produto farmacêutico constantes do Guia Farmacoterapêutico HCFMUSP, bem como sua atualização; desempenhar papel consultivo e educativo, esclarecendo sobre as boas práticas de prescrição, dispensação, ministração e controle de medicamentos; manter, por meio de sistema informatizado - Portal do Medicamento, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos dentre outras.

A CIAF foi constituída com aprovação do Conselho Deliberativo, na 2943ª Sessão, de 07 de dezembro de 2010, antes dessa data, era chamada de Comissão de Farmacologia. Desta forma, para fins desta pesquisa, tanto a CIAF quando a Comissão de Farmacologia exerce a mesma função dentro da Autarquia.

3.2.5 Superintendência

A Superintendência do HCFMUSP é o órgão que coordena, supervisiona e controla as atividades da administração do Complexo. O superintendente é nomeado pelo governador do estado de São Paulo a partir de uma lista tríplice apresentada pelo Conselho Deliberativo. Sua estrutura é composta por Assessoria Técnica, Gabinete e Procuradoria Jurídica, como disposto nos artigos 33 e 34 do Regimento Interno (SÃO PAULO, 2013).

Dentre suas competências, mencionam-se as mais relevantes a presente pesquisa: propor as diretrizes e as metas da política de desenvolvimento do HCFMUSP; firmar acordos, contratos e convênios com entidades nacionais e estrangeiras; administrar e responder pela execução do planejamento estratégico; representar o HCFMUSP em juízo ou fora dele; baixar normas técnico-administrativas; promover a contratação de assessoria técnica especializada; atender as solicitações dos órgãos que tenham competência para exercer controles sobre o HCFMUSP; contratar, exonerar e dispensar servidores; determinar a instauração de sindicância e processo administrativo; ordenar ou prorrogar suspensão preventiva ou penalidades disciplinares ao servidor; submeter à aprovação do secretário de

saúde a proposta orçamentária do HCFMUSP; autorizar a abertura de licitação ou sua dispensa (SÃO PAULO, 2013).

3.2.6 Unidades Hospitalares

O HCFMUSP é dividido em unidades hospitalares, que são organizadas por especialidades e atividades desenvolvidas e com objetivos específicos. Desta forma, o Complexo é composto atualmente por oito institutos e dois hospitais auxiliares. São eles:

- Instituto Central - ICHC;
- Instituto do Coração - InCor;
- **Instituto da Criança - ICr;**
- Instituto de Ortopedia e Traumatologia - IOT;
- Instituto de Psiquiatria - IPq;
- Instituto de Radiologia - InRad;
- Instituto de Medicina Física e Reabilitação - IMREA;
- Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octávio Frias de Oliveira” - ICESP;
- Divisão Hospital Auxiliar de Suzano - DHAS;
- Divisão Hospital Auxiliar de Cotoxó – DHAC.

Uma breve explanação a respeito da história e estrutura do ICr será feita a seguir, considerando que a pesquisa se limitou somente ao referido instituto como campo de estudo.

3.3 INSTITUTO DA CRIANÇA – ICR

Com a importância e a inserção da pediatria nas relações sociais, houve avanços nas pesquisas e melhorias no atendimento e, conseqüentemente, o crescimento do número de disciplinas dedicadas à pediatria na Faculdade de Medicina da USP. Tal importância se dá pelo fato de que são colocadas as expectativas biológicas, econômicas e sociais em crianças e, por isso, cuidar de crianças é, supostamente, ajudar os adultos saudáveis de amanhã (Sampaio & Odone Filho, 2012).

Com a necessidade crescente de atendimento especializado e integral aos pacientinhos, o ICr, idealizado pelo professor doutor Eduardo Marcondes Machado, foi criado pelo Decreto nº 52.481, de 2 de julho de 1970, mas inaugurado somente em 1976, momento em que deixou de ser uma das alas que compunha o Instituto Central (IHC) do HCFMUSP.

O prédio onde hoje funciona o ICr, na esquina da Avenida Enéas C. Aguiar com a Rua Teodoro Sampaio, era uma construção de um sanatório para tuberculosos, mas que foi abandonada. Posteriormente, o prédio foi oferecido para a instalação do Instituto do Cérebro. Com a recusa, a Cátedra de Pediatria, sob o comando do professor Marcondes, assumiu os trabalhos (MALUF JUNIOR, 2016).

O ICr foi fundado antes mesmo de se fundar o Departamento de Pediatria da FMUSP, que só aconteceu em 1978. Em 1971, antes do término da construção do prédio, foi instalado o pronto-socorro pediátrico chamado de Unidade Pediátrica de Emergências Clínicas.

O ICr foi pioneiro em aplicar uma visão de atendimento integral à criança aplicando uma visão biológica, psicológica e social. Isso foi evidenciado em ações de humanizadas desde sua inauguração, nas quais permitia, por exemplo, a permanência dos pais em tempo integral nas internações. Essa visão sistêmica, na qual a pediatria cuida de todos os problemas de um período de vida, se difere ao da medicina aplicada em adultos, que cuida de problemas isoladamente.

Hoje, atende crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, reunindo cerca de 21 subespecialidades pediátricas. É referência na América Latina para tratamento de doenças crônicas e de alta complexidade, síndromes raras, transplantes de órgãos, hemodiálise e até mesmo separação de gêmeos xifópagos. O Instituto conta com unidades de emergência e urgência, hospital dia, terapia intensiva, atendimento ambulatorial e internações. É responsável também pelo berçário localizado no 10º andar do Instituto Central do HCFMUSP anexo à maternidade. O Instituto de Tratamento do Câncer Infantil (ITACI), criado em 2002, é uma subdivisão do ICr, ocupando uma sede própria, que abriga as áreas de onco-hematologia, transplantes de células-tronco e hematopoiéticas.

Atualmente ocupa uma área de aproximadamente 23 mil m², com 226 leitos e cinco salas de cirurgia. Conta com cerca de 1.526 funcionários, entre administrativos, assistenciais e terceirizados. Em 2018 foram realizadas 6.451 internações, 2.067 cirurgias, 66.554 consultas ambulatoriais, 694.678 exames de laboratórios e 20.331 atendimentos de urgência e emergência (HCFMUSP, Relatório de Atividades, 2018, p. 77).

Em 1989 se destacou como primeiro hospital da América Latina a realizar transplante de fígado em criança. Desde então foram realizadas 1944 cirurgias infantis, 45

transplantes hepáticos, 34 transplantes de células hematopoiéticas, 7 transplantes de rim e 4990 quimioterapias.

Em relação a sua estrutura, conta com dois órgãos individuais na direção superior do próprio Instituto: Diretoria Executiva para áreas técnico-administrativa e Diretoria de Corpo Clínico para questões técnico-científica do Corpo Clínico. A cada disciplina assistencial da Faculdade de Medicina da USP, cabe uma Diretoria de Divisão no HCFMUSP. O seu Conselho Diretor é composto por membros eleitos entre os professores titulares dos departamentos e disciplinas da FMUSP.

Ao Diretor Executivo são subordinadas as gerências de ensino e pesquisa, regulação, operações, assistência multiprofissional, enfermagem e assessoria técnica.

3.4 FUNDAÇÕES DE APOIO

A exigência de se priorizar investimentos e recursos da saúde pública com maior eficácia, trouxe um novo perfil as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Os administradores públicos, bem como os agentes públicos, têm sido forçados a adequarem-se a nova realidade. Ocorre que, as obrigações conferidas aos hospitais públicos e universitários pelas diretrizes do SUS, sem contrapartida compatível, não permite necessariamente a manutenção do nível de qualidade devido.

Ademais, os valores de remuneração do SUS são defasados e não remuneram o suficiente por cada procedimento. Isso fez com que o gestor público procurasse alternativas e estratégias para aumentar a receita na tentativa de equilibrar as contas. As parcerias com o setor público foram uma das formas encontradas de captação de recursos para SUS.

Assim, foram celebrados os convênios entre o governo do estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Estado da Saúde e o HCFMUSP, com a interveniência da Fundação Zerbini (FZ), e da Fundação de Faculdade de Medicina (FFM) destacando-se a preponderância percentual do atendimento SUS, porém sem veto ao atendimento de convênios médicos particulares.

A Fundação Zerbini, uma entidade de direito privado, sem fins econômicos, com autonomia administrativa, conforme seu estatuto social, tem como objetivo fornecer e colaborar com os meios adequados para o desenvolvimento técnico e científico especificamente do

Instituto do Coração (InCor). Sua atuação no InCor, decorre de expressa autorização do poder executivo estadual, formalizada nos termos de convênio.

Nos outros institutos, como também no ICr, atua a Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Ela é pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, criada em 1986, com o objetivo primordial de promover o desenvolvimento das ciências médicas nas áreas de ensino, pesquisa e assistência à saúde, e apoiar as atividades da FMUSP e do HCFMUSP. Desde 1988, por meio do convênio firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o HCFMUSP, tem dirigido seus esforços na promoção da assistência integral à saúde aos usuários do SUS.

A legitimidade de suas atividades e o cumprimento estrito e pontual de suas obrigações e objetivos sociais estão atestados e certificados por diversos órgãos nacionais, tais como, Ministério Público do Estado de São Paulo, através de seu curador de fundações; Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), pelo Conselho Estadual de Assistência Social (CONSEAS-SP) e pelo Conselho Municipal de Assistência Social (COMAS-SP). Além disso, é entidade reconhecida e declarada de Utilidade Pública Federal, através do Decreto n.º 99.489, de 30 de agosto de 1.990, pela Lei Estadual n.º 6.820, de 28 de março de 1.990; e pelo Decreto Municipal n.º 28.184, de 19 de outubro de 1.989.

O artigo 2º do seu Estatuto Social, prevê a prestação e o desenvolvimento da assistência integral à saúde, no HCFMUSP /FMUSP, em benefício da sociedade em geral, de caráter beneficente, colaborando com pessoas e entidades no desenvolvimento da ciência; a oferta de estímulos a trabalhos nas áreas didáticas, assistencial e de pesquisa, através de apoio material e de remuneração condigna ao pesquisador, ao pessoal docente e a outros profissionais; patrocínio ao desenvolvimento de novos produtos, equipamentos, sistemas e processos dentre outras atividades. Sua receita é auferida da prestação de serviços e desenvolvimento de atividades ou ainda por doações. E o regime jurídico de contratação é regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

De acordo com o Convênio firmado, os serviços disponibilizados são ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade do recurso financeiro do SUS. Ademais, a utilização dos equipamentos médico-hospitalares por clientela particular é permitida, desde que mantida a disponibilidade de 60% em favor de pacientes do SUS.

A FFM recebe mensalmente da Secretaria de Estado da Saúde os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que são repassados

conforme atendimentos ambulatoriais para procedimentos de média e alta complexidade, para ações estratégicas da Tabela de Procedimentos e de Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, bem como atividades de assistência à saúde em regime hospitalar. Além disso, outras parcelas dos valores são depositadas mensalmente com a finalidade de dar incentivos a algumas ações como as desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos, pela Rede Viver Sem Limites, Rede Cegonha e ações decorrentes da Rede de Urgência (RUE).

As prestações de contas são apresentadas mensalmente à Secretaria de Saúde e obedecem a instruções estabelecidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, pois oneram o tesouro do Estado.

A FFM auxilia no desenvolvimento de ações e serviços de assistência, execução de ações de apoio à vigilância, desenvolvimento científico tecnológico, formação e aprimoramento de recursos humanos. No cotidiano dos colaboradores do ICr, pode ser identificada na gerência dos recursos dos estudos clínicos, nas compras de medicamentos e insumos excepcionalmente, captação de recursos, gestão de recursos humanos. Os recursos financeiros advindos de suas receitas operacionais são diretamente revertidos em favor dos atendimentos aos pacientes do SUS. De acordo com seu relatório de atividades de 2018, cerca de 60% de suas receitas operacionais são destinados a recursos humanos e os 40% restantes na contratação de serviços e na aquisição de equipamentos, produtos, medicamentos e correlatos. De seu quadro atual de 11.101 funcionários (2018), percentual superior a 90% está alocado diretamente nas atividades assistenciais, de desenvolvimento e de assistência (FFM, Relatório de Atividades 2018, 2018).

Parcerias com instituições públicas e privadas permitem à FFM o desenvolvimento de diversos programas, principalmente nas áreas da saúde e educação, que beneficiam a população.

O SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa. A formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico (PAIM, 2018, p. 1724).

O professor Paim observa que o SUS é composto pelas instituições de ensino e pesquisa como as universidades e escola de saúde pública que interagem com as secretarias de saúde, Ministério da Saúde e fundações, assim como funciona no Complexo do HCFMUSP.

4. OBJETIVO

Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar os desafios enfrentados pelos médicos prescritores em concretizar o Direito à Saúde, frente às necessidades dos usuários do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Tem ainda os seguintes objetivos específicos:

- a) Mapear as dificuldades e desafios enfrentados pelos prescritores frente aos avanços tecnológicos farmacêuticos e insuficiência de recursos orçamentários;
- b) Descrever as ações adotadas pelos gestores do HCFMUSP e especificamente gestores do ICr para a resolução das dificuldades e desafios identificados;
- c) Analisar as barreiras levantadas pelos médicos prescritores, bem como as condutas e normas aplicadas no ICr, à luz da regulação administrativa jurídica sanitária, destacando-se a Educação Permanente em Saúde como meio de superação das dificuldades e concretização do Direito à Saúde.

5. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com finalidade exploratória que utilizou as técnicas de pesquisa documental, bibliográfica e entrevistas.

O presente trabalho elegeu o Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, como campo de estudo. O acesso aos dados do Complexo foi requerido diretamente à Superintendência, o qual foi autorizado pela Comissão de Integração de Assistência Farmacêutica (CIAF). Ademais, foi requerido acesso aos dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), que foi direcionado à Instituição e teve o mesmo seguimento do pedido realizado via Superintendência. Posteriormente, o acesso às informações necessárias à realização da pesquisa foi viabilizado por meio do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP do HCFMUSP), Parecer nº 2.588.348, de 09 de abril de 2018 e Parecer nº. 3.120.947, de 24 de janeiro de 2019 (Apêndices A e B).

5.1 COLETAS DE DADOS

Para execução do mapeamento das dificuldades e desafios enfrentados pelos prescritores frente aos avanços tecnológicos farmacêuticos e a insuficiência de recursos orçamentários (objetivo específico a.), houve participação em reuniões clínicas da enfermaria de média complexidade, da enfermaria de alta complexidade, bem como participação no atendimento ambulatorial das especialidades pediátricas de nefrologia, neurologia, hebiatria e gastroenterologia totalizando 10 encontros dentro do ICr, entre os meses de agosto de 2018 e fevereiro 2019.

Houve também a aplicação de entrevistas com os médicos prescritores que concordarem em participar da pesquisa. De acordo com a Secretaria Médica ICr, até 2018, o Instituto contava com 366 médicos e 239 médicos residentes. Destes indivíduos, foram selecionados de forma aleatória 32 profissionais pediatras de 18 especialidades diferentes para aplicação de entrevista semiestruturada. Os médicos prescritores foram convidados individualmente para participarem da pesquisa por meio de correspondência eletrônica, telefone e pessoalmente. Médicos que atuam como administradores, gestores, que não realizam trabalhos de assistência ou ainda que não atuem diretamente com o paciente, como radiologistas, anesthesiologistas foram excluídos da amostra. Também foram excluídos alunos

de graduação, internos e médicos residentes por não possuírem autonomia de prescrição. Profissionais que atuavam somente na saúde suplementar do Instituto, não participaram desta amostra, tendo em vista o enfoque da pesquisa ser exclusivamente médicos do SUS.

As informações dos entrevistados quanto ao sexo, idade e tempo de serviço no ICr não foram colhidas nesta pesquisa, pelo entendimento de que, a priori, não seriam necessárias. Após a análise dos dados, verificou-se que as informações do tempo de casa dos profissionais e seu regime de contratação (concurso ou fundacional) deveriam ter sido consideradas desde o princípio, mas não o foi. Assim, isso deverá ser objeto de outra pesquisa futuramente. Quanto a especialidade de formação de cada profissional, optou-se pela omissão da informação para assegurar a anonimização do entrevistado, tendo em vista certas equipes serem reduzidas ou certa função ser cumprida por um único médico.

A coleta de dados com os profissionais se deu entre os meses de janeiro de 2019 e março de 2019, no ICr. Antes do início da entrevista, o tema era apresentado e solicitado que o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) fosse assinado em duas vias.

5.2 AÇÕES ADOTADAS PELOS GESTORES

Para execução da descrição das ações adotadas pelos gestores do HCFMUSP e especificamente gestores do ICr, para a resolução das dificuldades e desafios identificados; (objetivo específico b.), foi realizado levantamento das instruções de serviços e outras diretrizes da Instituição, normas do conselho profissional, bem como pareceres jurídicos e bioéticos referentes à conduta funcional, regras de prescrição, condutas clínicas e outros pontos levantados pelos entrevistados.

Primeiramente, foram levantadas as normas e determinações que estão de fácil acesso ao colaborador como aquelas disponíveis na *intranet* do HCFMUSP. Na página inicial, do lado esquerdo, existe uma lista de abas clicáveis correspondentes a alguns departamentos do Complexo, e que dá acesso a conteúdos específicos. Para localizar as ações e normas chegou-se à aba “Atos da Administração Superior” que, como devidamente chamada, reúne as determinações e regulamentações da administração em formato PDF. Como não há um campo de busca específico para filtrar estes arquivos, foram analisados um por um.

Tabela 1 – Ilustração do banco de dados da pesquisa

Atos da Administração Superior	Qtdade
---------------------------------------	---------------

Resoluções do Conselho Deliberativo	3
Ordem de Serviço da Diretoria Clínica	3
Normas da Diretoria Clínica	1
Portarias	10
Ordens de Serviço	44
Ordens Conjuntas de Serviço	22
Instruções de Serviço	26
Regimento Interno	8
Total	117

Fonte: elaboração da própria autora.

Por meio do Núcleo de Comunicação Institucional (NCI) do HCFMUSP, foi obtida a informação de que, no âmbito institucional, não existem outros atos que não estejam disponíveis na *intranet*. Porém, há recomendações que partem da Diretoria Clínica ou da Diretoria Executiva do ICr que não estão documentadas e disponíveis de forma online, assim, houve pedidos diretos aos gestores para que estas medidas fossem viabilizadas para a pesquisa.

Também foram analisados os Pareceres da Comissão de Bioética do HCFMUSP (CoBi). Criada em 21 de maio de 1996, é composta por profissionais do hospital de diferentes áreas de atuação e membros da sociedade civil. Os Pareceres estão disponíveis online para qualquer cidadão, não havendo necessidade de ser servidor do hospital ou ter senha para acessá-los¹. Como não há um campo de busca para limitar o levantamento, foram analisados todos os 136 Pareceres da CoBi. Para esta pesquisa, foram encontrados 11 pareceres pertinentes ao tema.

5.3 REGULAÇÃO ADMINISTRATIVA JURÍDICA SANITÁRIA

Por fim, para execução da análise das barreiras levantadas pelos médicos prescritores, bem como as condutas e normas aplicadas no ICr, à luz da regulação administrativa jurídica sanitária, destacando-se a concretização do Direito à Saúde (objetivo específico c.), foram avaliadas a regulação jurídica administrativa sanitária, bem como a legislação pertinente ao SUS normas e recomendações do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

¹ Disponível em: <http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=242:comissao-bioetica-cobi&catid=23:internas> . Acesso em: 09 set. 2018

5.4 FONTES BIBLIOGRÁFICAS

Para o levantamento das fontes bibliográficas, foram pesquisadas nas bases *Lilacs*, *Scielo*, *Medline*, além banco de dados integrado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os descritores: direito sanitário, médicos, direito à saúde, saúde pública e educação permanente em saúde. Como critérios de inclusão: a) os estudos que estão disponíveis na íntegra; b) dos últimos 10 anos; c) textos em inglês ou português.

A vasta literatura presente nos bancos de pesquisas que se relacionavam com os objetivos da pesquisadora, se dividia em dois aspectos: Judicialização da Saúde, sob a visão dos médicos, e o uso da Educação Permanente em Saúde na formação dos estudantes de medicina ou no cotidiano de outros profissionais de saúde que não os médicos.

A judicialização da Saúde na visão dos médicos é apenas uma fração das perspectivas da concretização à saúde. Os achados que traziam os médicos em pauta, tratavam de discussões das prescrições no âmbito judicial ou pesquisas quantitativas que também se relacionavam com o judiciário. Foram encontradas apenas cinco publicações² que foram utilizadas ao longo do trabalho quando o assunto da judicialização foi trazido à baila. Deste modo, trabalhos em que os médicos foram estudados levando em conta as suas dificuldades cotidianas de forma mais ampla que a judicialização não foram encontrados.

Com os descritores "educação permanente", "direito sanitário" e "médico", baseados nos critérios de inclusão, foi encontrado somente um artigo pertinente³. Com descritores "educação permanente" e "direito sanitário", também foi encontrado um artigo

² BERTOL, E. Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR. 2014. 70F. Tese (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-28012015-102902/pt-br.php>>. Acesso em: 19 set. 2017.

CAMPOS NETO, O. H.; GONÇALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 165–176, 5 jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100165&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2019.

GADELHA, M. I. P. O papel dos médicos na judicialização da saúde. *Revista CEJ*, v. XVIII, p. 65–70, 2014. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewArticle/1862>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

RAMOS R, GOMES AM. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. *Revista Cuidarte*, v. 5, n. 2, p. 1029–1040, 19 set. 2014. Disponível em: <<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/125>>. Acesso em 11 nov. 2017.

TOLEDO, J. F. Análise dos fatores que condicionam os processos de Judicialização na Divisão Regional de Saúde DRS XIII: um estudo sob a perspectiva dos prescritores. 2017. 46F. Tese (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-17042018-162103/>. Acesso em: 20 abr. 2017.

³ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: ênfase na Educação Permanente em Saúde. Brasília: s.n., v. 30, 2018.

pertinente sendo o mesmo da tentativa anterior. Já com os descritores "educação permanente" e "médico", foram encontrados 2.400 artigos. Dentre eles, os temas versavam sobre formação profissional, docentes, residência médica, educação da população e aperfeiçoamento profissional. Os trabalhos que traziam sua aplicação na formação do profissional, fugiam do escopo da pesquisa que está focada na aplicação no cotidiano do médico já formado. Assim, para a concretização da pesquisa, foram buscadas fontes bibliográficas que não estavam nos bancos de pesquisa.

5.5 DISCURSO SUJEITO COLETIVO

Nem toda pesquisa é composta por gráficos ou fórmulas. Uma produção científica também pode ser composta por resultados que o cidadão comum identifique, situações que não são distantes da realidade ou ainda opiniões que ele poderia compartilhar.

A escolha de perguntas abertas decorre da percepção de que o entrevistado poderia discorrer livremente sobre o que achar relevante. Não é comum uma pessoa refletir acerca de suas ideias e valores de forma binária, portanto, as questões que possuem alternativas estruturadas limitam as respostas e os argumentos.

Segundos os professores Fernando Lefevre, Ana Maria Cavalcanti Lefevre (2010, p. 27), o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de pesquisa empírica que resgata a representação social, objetivando obter a visão de uma coletividade, ou seja, dentro do universo pesquisado, resgatar as diferenças e semelhanças entre os pensamentos dos sujeitos. Desta forma, o DSC se mostra benéfico para ocasiões em que se busque certa consciência coletiva e um diálogo com opiniões diferentes, na medida em que ilumina o campo social pesquisado trazendo o pensamento coletivo à tona, acerca de um tema ou um acontecimento de seu cotidiano.

Para que a técnica do DCS resgate as opiniões coletivas, é necessário realizar um processo metodológico de algumas etapas. Cada entrevista foi dividida em expressões-chave (ECH), que são trechos que revelam a essência do discurso do sujeito. Esses pedaços foram selecionados pela pesquisadora, de forma que se separe o que é ou não relevante, deixando somente aquilo que reflete a essência do pensamento.

Em seguida, os ECH foram analisados e descritos em Ideias Centrais (IC). As IC são os discursos dos sujeitos relatados de forma precisa e com poucas palavras. Nesse sentido, algumas vezes, o sujeito de pesquisa pode trazer mais de uma IC na mesma reposta.

Basicamente, as expressões-chaves são o que o entrevistado disse de forma literal. Já as ideias centrais são os conceitos e sínteses do que o sujeito quis dizer com aquele discurso.

Existem também as Ancoragens (AC), que são refletidas dentro das ECH. O Sujeito emite uma afirmação genérica para enquadrar uma situação particular.

O conceito de Ancoragem na Teoria da Representação Social diz respeito ao mecanismo geral em que o sujeito se apoia num conhecimento ou informação preexistente no seu repertório para poder dar sentido a um evento ou situação que a ele se apresenta. Em suma, usar o conhecimento para dar sentido ao desconhecido (LEFEVRE, 2017, p. 33).

Embora nem sempre as AC estejam presentes nos discursos, seu uso é restritivo e visa sistematizar de forma muito mais rigorosa a verificação de marcas linguísticas de generalidades, ideologias ou crenças dos sujeitos (LEFEVRE, 2017, p. 33-34). Por isso optou-se por não utilizar este recurso metodológico no presente trabalho.

Após as ICs semelhantes de cada sujeito terem sido categorizadas e agrupadas, formaram-se categorias que contêm pensamentos e opiniões individuais diversas. Com o agrupamento das ideias, foi construído um único depoimento, formando um discurso síntese e redigido na primeira pessoa do singular, como se fosse uma coletividade no discurso de uma pessoa: Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEVREFE, 2010, p.75-82).

Os DSC se dão quando os conteúdos das opiniões individuais são separados e colocados em categorias que unificam. São opiniões que passam pelo crivo do pesquisador, mas que mantém características de fala. O resultado, nas palavras dos professores Lefevre (2014, p. 504), é uma "descrição sistemática da realidade de uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico".

O indivíduo, além de carregar suas Representações Sociais pessoais, adota também representações disponíveis “na sociedade e na cultura adotada por seus ‘colegas’ de representação”. Estas Representações Sociais transmitem histórias coletivas que refletem códigos narrativos socialmente compartilhados, por isso, os depoimentos podem ser agrupados em categorias, colocados na primeira pessoa e apresentar um discurso verossímil (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Destaca-se que as pesquisas qualitativas têm sido caracterizadas como interpretativas, porém de acordo com os professores, isso não pode ser confundido com atribuição de sentidos ao que foi descrito. O reconhecimento das Representações Sociais vem

a partir de sua descrição e reconstituição, exigindo que sejam efetuadas ações, decisões e recorte (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010, p. 30).

Em relação ao número de sujeitos entrevistados, há que considerar que quando se utiliza DSC como meio de pesquisa, o objetivo é alcançar toda a gama de opiniões da população pesquisada, manifestando as diferentes ideias no campo de estudo. Assim, a denominada saturação, quando o pesquisador limita o número de entrevistados enquanto colhe os dados, visto que as opiniões estão se repetindo, não se aplica nesta pesquisa. O objetivo do DSC é justamente agrupar as ideias que são socialmente mais ou menos compartilhadas, logo eles se repetirão entre os entrevistados. Além disso, os sujeitos que compõem o DSC são equivalentes e fazem parte de uma mesma cultura organizacional (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010, p. 45-49).

Para a construção destas ECH e ICs foi utilizado o *software* DSCsoft®, disponível no sítio da Tolteca informática⁴, com o apoio do Instituto de Pesquisa do Sujeito Coletivo (IPDSC). Ele foi desenvolvido pela Universidade de São Paulo (USP), juntamente com os já citados professores e autores do DSC Ana Maria e Fernando Lefevre.

É um programa que auxilia nas pesquisas que seguem o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Ele foi utilizado na armazenagem de todos dados da pesquisa, no cruzamento de dados, auxiliou na classificação, agrupamento e construção do discurso final, bem como nos relatórios organizados com os resultados da pesquisa. Ele está disponível na versão gratuita pra demonstração, possuindo o limite de armazenagem de até 50 pessoas. Para ser utilizado com um número maior de entrevistados, existem dois tipos de licença para ser adquirida por pessoa física: acadêmica e profissional.

⁴ www.tolteca.com.br

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os próximos capítulos serão estruturados seguindo a ordem dos objetivos específicos delimitados para esta pesquisa. Primeiramente, no Capítulo 6 (“O que dizem os Prescritores”) será apresentado o resultado quantitativo das dificuldades e desafios enfrentados pelos prescritores, obtido pela aplicação das entrevistas, esquematizado e separados por cada questão respondida (objetivo a). No Capítulo 7 (“Ações dos Gestores”) serão descritas as ações adotadas pelos gestores do HCFMUSP e gestores do ICr para a resolução das dificuldades e desafios identificados no capítulo anterior, de forma aprofundada e contextualizada (objetivo b). Já o Capítulo 8 (“Discussão”) apresentará a discussão da pesquisa e contará com a junção do resultado da entrevista (DSC), a ação do gestor e a análise jurídica sanitária em algumas das categorias identificadas (objetivo c).

6. O QUE DIZEM OS PRESCRITORES

Neste momento, apresenta-se os resultados em relação as entrevistas realizadas no ICr. Para melhor visualização, optou-se por apresentar primeiramente o roteiro das perguntas direcionadas aos médicos prescritores. Em seguida, serão exibidos dados quantitativos em relação às categorias identificadas em cada questão após a aplicação do processo metodológico descrito no Capítulo 5 “Material e Método”. O Discurso do Sujeito Coletivo elaborado a partir de cada resposta e agrupado conforme cada categoria, será apresentado no Capítulo 8 “Discussão” juntamente com os outros dados colhidos nesta pesquisa.

Quadro 1 – Roteiro das perguntas

-
- 1 - Você trabalha ou já trabalhou na rede privada de saúde? Se sim, tratar os pacientes usuários do ICr é diferente do que os paciente do sistema privado? (prescrição de medicamentos, métodos diagnósticos, métodos terapêuticos e outros)
 - 2 - Os recursos oferecidos pela própria Instituição, são fatores limitadores, de alguma forma, para exercer sua profissão? Em quais os aspectos?
 - 3 - Você conhece as regras e/ou recomendações da Instituição que tratam da prescrição? Se sim, as regras/recomendações influenciam na sua tomada de decisão?
 - 4 - Você sente dificuldade em realizar sua missão como médico dentro do ICr? Se sim, quais e de que forma?
 - 5 - O que você acha que o HC/ICr poderia fazer ou o que você acha que ele tem feito para melhor as dificuldades enfrentadas por você?
 - 6 - O que você entende por Direito à Saúde?
-

Fonte: elaboração da própria autora.

Destaca-se que, embora as perguntas realizadas tenham sido feitas separadamente, uma após a outra, as categorias encontradas pela pesquisadora, em alguns momentos, se repetem em perguntas diferentes. A justificativa encontrada para esta ocorrência foi que, parte dos sujeitos receberam a entrevista de forma aberta, quase como um momento de desabafo em relação a sua rotina. Isso foi percebido em momentos em que, por exemplo, se estava apenas apresentando o tema da pesquisa e o método que seria utilizado, e o profissional imediatamente manifestava pensamentos e opiniões de seu cotidiano, antes mesmo das perguntas serem

realizadas ou do gravador ser ligado. Ademais, acrescenta-se que o comportamento dos entrevistados se diferenciava entre o momento da conversa informal e da entrevista propriamente dita. Comumente, as ideias trocadas antes ou depois do uso do gravador tinham tom maior de lamento e certo tom de alívio com a oportunidade do compartilhamento de opiniões.

Acrescenta-se que por um problema técnico na gravação do áudio do sujeito de pesquisa número 12, a entrevista foi descartada pela falta de qualidade que impossibilitou uma transcrição inteligível. Ademais, importante esclarecer que a amostra de médicos prescritores não foi classificada em categorias como sexo, faixa etária, renda ou formação, pelo entendimento de que estas informações não seriam relevantes ao resultado deste trabalho especificamente.

PERGUNTA 1: Você trabalha ou já trabalhou na rede privada de saúde? Se sim, tratar os pacientes usuários do ICr é diferente do que os paciente do sistema privado? (prescrição de medicamentos, métodos diagnósticos, métodos terapêuticos e outros).

A diferença entre a rede privada e o ICr foi levantada através de questão comparativa que englobava prescrição de medicamentos, métodos diagnósticos, métodos terapêuticos outros elementos que o entrevistado identificasse. Todos eles tiveram experiência na rede privada em algum momento de sua trajetória, fosse em hospitais ou consultórios particulares; e todos reconhecem a distinção existente em diversos aspectos.

Tabela 2 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 1)

		Frequência	Frequência
		(N)	Ideias Entrevistados
A	Agilidade do acesso à exames, tratamentos e terapias	14	30.43% 45.16%
B	Comercialização da saúde	8	17.39% 25.81%
C	Lugar singular I	7	15.22% 22.58%
D	A questão social dos pacientes influencia no tratamento I	7	15.22% 22.58%

E	Volume dos pacientes	5	10.87%	16.13%
F	Não há dificuldade em obter medicamentos e exames no ICr	1	2.17%	3.23%
G	Maior possibilidade de prescrição no sistema privado	2	4.35%	6.45%
H	Quando está no público pensa coletivamente e quando está no privado pensa individualmente	1	2.17%	3.23%
I	Os médicos do ICr não recebem aumento e falta boa de estrutura física para os funcionários	1	2.17%	3.23%
	Total de Respostas	46		
	Total de Entrevistados	31		

Fonte: elaboração da própria autora.

PERGUNTA 2 – Os recursos oferecidos pela própria Instituição são fatores limitadores, de alguma forma, para exercer sua profissão? Em quais os aspectos?

Com a participação nas reuniões clínicas de discussão de caso e dos atendimentos ambulatoriais, foram percebidos certos entraves em relação à estrutura e recursos oferecidos pelo Instituto. Dessa forma foi questionado se os recursos oferecidos pelo HCFMUSP/ICr poderiam ser limitadores para que os médicos prescritores exerçam sua profissão no dia a dia.

Tabela 3 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 2)

		Frequência	Frequência
		(N)	Ideias Entrevistados
A	Disponibilidade de atendimento ambulatorial, medicamentos e exames	8	21.05% 25.81%
B	Não há limitação	8	21.05% 25.81%
C	Agilidade do acesso a exames, tratamentos e terapias II	7	18.42% 22.58%
D	Lugar singular II	5	13.16% 16.13%
E	Limitam em relação à gestão de pessoas	4	10.53% 12.90%

F	Gasta-se muito com único paciente I	2	5.26%	6.45%
G	Incorporação de tecnologias	2	5.26%	6.45%
H	Limitam questões acadêmicas	1	2.63%	3.23%
I	Criatividade	1	2.63%	3.23%
	Total de Respostas	38		
	Total de Entrevistados	31		

Fonte: elaboração da própria autora.

PERGUNTA 3 – Você conhece as regras e/ou recomendações da Instituição que tratam da prescrição? Se sim, as regras/recomendações influenciam na sua tomada de decisão?

Buscando entender como regras influenciam na tomada de decisão dos médicos prescritores do ICr, os entrevistados foram questionados a respeito das diretrizes da prescrição dentro da Instituição. Embora nem todos tenham afirmado categoricamente que conheciam as regras, todos sabiam, mesmo que superficialmente, os fundamentos básicos para responder à questão.

A questão colocada foi se as regras impostas, de alguma forma, influenciavam na tomada de decisão. Curiosamente, alguns dos entrevistados em suas respostas ao negar a influência das regras se utilizavam do verbo limitar. Além de levantarem a determinação da prescrição somente dos medicamentos que constam do Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP, foram levantadas regras sobre a prescrição eletrônica, dupla checagem e outras questões pontuais como horários de funcionamento da farmácia para a retirada do medicamento. Alguns acrescentam os pontos positivos das regras como a contenção de gastos ou a reflexão da real necessidade daquele medicamento.

Tabela 4 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 3)

		Frequência	Frequência
		(N)	Ideias
			Entrevistados
A	Não existem influências ou limitações	10	32.26%
B	Existe a influência, mas existem alternativas	9	29.03%
C	Influencia	5	16.13%

D	Imposições sofridas pelos médicos	5	16.13%	16.13%
E	Orientações da administração	2	6.45%	6.45%
	Total de Respostas	31		
	Total de Entrevistados	31		

Fonte: elaboração da própria autora.

PERGUNTA 4 – Você sente dificuldade em realizar sua missão como médico dentro do ICr? Se sim, quais e de que forma?

De acordo com o Código de Ética Médica (2019), a medicina é a profissão a serviço da saúde do ser humano, devendo o médico agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. O cuidado e a dedicação dos profissionais em relação aos seus pacientes podem, por vezes, serem atravancados por obstáculos que cercam seu ambiente estrutural de trabalho, suas relações interpessoais e outros elementos externos.

Para que se entenda o contexto da pergunta 4 aplicada, cabe memorar que, antes da realização das entrevistas com os médicos prescritores, foram realizadas participações em reuniões clínicas e em atendimentos ambulatoriais de diferentes setores e especialidades para entender qual era a realidade daquele universo. Na perspectiva da pesquisadora, nesses encontros foram manifestadas diversas dificuldades por ela identificadas como sendo de natureza interna, estrutural, orçamentária, laboral como também questões externas, sociais e políticas que se relacionavam desde as esferas governamentais até mesmo com o núcleo familiar do paciente.

Na busca de conhecer a visão dos entrevistados e confirmar a dedução da pesquisadora, foi questionado se o médico sentia dificuldades em realizar sua missão dentro do Instituto. No entanto, entendeu-se que as dificuldades dos médicos prescritores foram levantadas nas repostas às outras perguntas abertas aplicadas ao longo da entrevista, não se limitando ao direcionamento desta questão. Desta forma, apresenta-se os DSC chaves desses sujeitos para conhecimento, pois alguns dos debates já foram levantados. Todos os DSCs encontram-se disponíveis na íntegra no Apêndice D deste trabalho.

Tabela 5 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 4)

		Frequência (N)	Frequência Ideias	Frequência Entrevistados
A	A missão é cumprida	14	45.16%	45.16%
B	A falta de alguns elementos estruturais dificulta o cuidado	10	32.26%	32.26%
C	A questão social dos pacientes influencia no tratamento II	2	6.45%	6.45%
D	Relação com o paciente	2	6.45%	6.45%
E	Lugar singular III	1	3.23%	3.23%
F	As dificuldades são superadas pelo amor à Instituição	2	6.45%	6.45%
G	Dificulta principalmente nos casos graves	1	3.23%	3.23%
	Total de Respostas	31		
	Total de Entrevistados	31		

Fonte: elaboração da própria autora.

PERGUNTA 5 – O que você acha que o HC/ICr poderia fazer ou o que você acha que ele tem feito para melhor as dificuldades enfrentadas por você?

De todos os problemas apontadas pelos médicos prescritores, que dificultam os atendimentos dos usuários do ICr, quais as providências que o Instituto tem tomado para melhorar o trabalho dos profissionais e quais as sugestões que eles teriam para a Instituição.

Tabela 6 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 5)

		Frequência (N)	Frequência Ideias	Frequência Entrevistados
A	Gestão das pessoas e contratação equipe multiprofissional	13	35.14%	41.94%
B	Descentralização de atendimento	7	18.92%	22.58%
C	Gestão de recursos e aporte financeiro	5	13.51%	16.13%

D	Medidas que o ICr tem realizado	4	10.81%	12.90%
E	Maior apoio social aos pacientes e familiares	2	5.41%	6.45%
F	Maior estrutura física	2	5.41%	6.45%
G	Monitoramento e implementação de novas tecnologias	2	5.41%	6.45%
H	Reduzir a falta de medicamentos	1	2.70%	3.23%
I	Não há problemas	1	2.70%	3.23%
	Total de Respostas	37		
	Total de Entrevistados	31		

Fonte: elaboração da própria autora.

PERGUNTA 6 – O que você entende por Direito à Saúde?

Por fim, com o intuito de destacar o entendimento destes médicos prescritores, considerando sua vivência dentro SUS, da assistência médica prestada aos usuários do ICr e como cidadãos, foi perguntado qual o entendimento de direito à saúde.

Diferentemente do que se esperava, houve certa dificuldade em responder esta questão por parte dos entrevistados. A priori, ela poderia ser explicada pela complexidade a qual a resposta poderia atingir ou o quão longe a discussão poderia ser levada, mas na verdade o que foi observado pela pesquisadora foi que não se havia refletido sobre o assunto.

Outra parcela dos entrevistados usou seu papel de cidadão e, principalmente, seu papel como concretizador do direito à saúde dentro da saúde pública para responder à questão. Eles trouxeram exemplos de elementos dentro do Sistema de Saúde que funcionam e outros que não funcionam de acordo com a sua profissão de médico e, ao mesmo tempo, como isso se reflete na população brasileira.

Tabela 7 - Categorização dos Discursos do Sujeito Coletivo (pergunta 6)

		Frequência	Frequência
		(N)	Ideias Entrevistados
A	São ações que antecedem o atendimento no hospital	6	19.35% 19.35%
B	Atendimento igualitário	6	19.35% 19.35%

C	Atendimento, investigação e tratamento da doença	5	16.13%	16.13%
D	Relação com os profissionais de saúde	4	12.90%	12.90%
E	Gasta-se muito com único paciente II	3	9.68%	9.68%
F	A responsabilidade é compartilhada com o cidadão	2	6.45%	6.45%
G	O custeio do SUS deveria ser rediscutido	2	6.45%	6.45%
H	Direito à informação	1	3.23%	3.23%
I	O SUS é de responsabilidade de todos	1	3.23%	3.23%
J	A corrupção prejudica o Direito à Saúde	1	3.23%	3.23%
	Total de Respostas	31		
	Total de Entrevistados	31		

Fonte: elaboração da própria autora.

7. AÇÕES DOS GESTORES

Conforme explicitado no Capítulo 5 “Material e Método”, as normas e determinações do Complexo do HCFMUSP foram levantadas por meio eletrônico, no acervo que se encontra na *intranet* para acesso ao colaborador, bem como outras fontes como pareceres jurídicos e da Comissão de Bioética da Autarquia. O presente capítulo é a apresentação dos resultados cumprindo o objetivo específico b, apresentando os Atos da Administração Superior do HCFMUSP, que, como já apresentado, é composta pelos órgãos do Conselho Deliberativo, Conselho Consultivo, Diretoria Clínica e Superintendência. Cada norma encontrada, parecer ou diretriz será analisada e contextualizada para que o leitor entenda quais eram as discussões e aflições que permeavam cada decisão.

7.1 ATOS DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

A análise das normas que partem dos gestores do HCFMUSP será feita por ordem cronológica considerando que a metodologia para seu levantamento já foi detalhada.

A mais antiga, a Instrução de Serviço nº 03/2003, de 18 de setembro de 2003, disciplina a propaganda médico-farmacêutica nas dependências do Complexo. Essa norma foi retificada pela Ordem de Serviço nº 39/2010, datada de 22 de abril de 2010, mas sem nenhuma modificação significativa. Não é uma proibição, mas uma padronização das normas, pois a instituição considera a interatividade de conhecimentos quanto à fabricação e utilização das drogas uma conveniência.

No entanto, esse acesso dos propagandistas tem que ser permeado por conduta ética, moralidade e normas da Autarquia. Começando pela autorização para entrar na instituição, o Laboratório tem que requerer-lhe por seu representante legal e, inclusive, comprovar registro da inscrição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O contato com o Corpo Clínico deverá estar agendado previamente. As amostras grátis não devem ser entregues a servidores ou pacientes, mas sim através da farmácia do departamento específico. Além disso, essas amostras são para finalidade exclusiva de atendimento de pacientes com dificuldades socioeconômicas.

Tanto em 2003, quando houve a necessidade de normatizar a prática dos propagandistas, quanto em 2010, quando a norma foi retificada, existia uma abertura muito maior para a indústria dentro das unidades. Havia uma agenda a ser completada por semanas

com agendamentos de reuniões e escalas com frequências mínimas exigidas. O controle já existia, mas era uma organização de tempo e espaço para que os encontros acontecessem. Hoje, mesmo com o controle exigido, fazendo que essas reuniões estejam em agenda pública do departamento, a instituição não tem recebido com braços abertos essas relações comerciais com a indústria farmacêutica, tendo em vista a implantação da Política de *Compliance* na Autarquia, que será abordada mais à frente.

Em seguida há o MEMO AFA nº 440/2010, datado de 15 de outubro de 2010, da Divisão de Farmácia do Instituto Central (ICHC) do HCMFUSP que trata do protocolo para prescrição de medicamentos pertencentes ao Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Naquele momento, o Ministério da Saúde passou ter a responsabilidade de adquirir estes itens, por isso, houve a necessidade de receita e preenchimento de um documento específico denominado "Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - LME". Portanto ao se mudar o responsável pela aquisição do medicamento, a forma de prescrição também foi modificada.

De mesmo modo o MEMO T-5.2 nº 889/2010, datado de 16 de outubro de 2010, tratou sobre orientação de fornecimento de medicamento. O então Superintendente, José Manoel Camargo Teixeira, havia participado de reunião na Secretaria de Estado de Saúde, com a presença do coordenador da Coordenadoria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos de Saúde (CCTIES), na qual ficou decidido que os pacientes do HCFMUSP que necessitavam de Medicamentos Excepcionais (MEDEX) deviam ser encaminhados das unidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo em vista entendimentos entre a Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Assim, neste caso, para os pacientes tratados no ICHC, houve mudanças pactuadas entre as esferas estaduais e municipais para fornecimentos e distribuição de medicamentos.

A Diretoria Clínica divulgou comunicado, de julho de 2011, referente à consulta à Comissão Bioética (CoBi) do HCFMUSP⁵ que trata sobre prescrição médica. Este documento instrui que, com base no referido parecer, os médicos da instituição estão sujeitos à Resolução nº 1481/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que trata do Regimento Interno do Corpo Clínico, bem como autonomia profissional, cooperação com a administração, cumprimento das normas. Deste modo, todos os profissionais contratados pela Autarquia, incluindo médicos residentes e estagiários, devem seguir orientações do Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP.

⁵ Vide Parecer CoBi nº 03/2004m no tópico da Comissão Bioética – CoBi do HCFMUSP.

As escolhas fora dele devem ser apresentadas às chefias e quem não cumprir está sujeito às medidas punitivas éticas e administrativas

Embora retome assunto tratado em 2004 pela CoBi, o comunicado foi apresentado com a finalidade de informar o corpo clínico daquilo que a instituição tem feito e reconhece que se trata de assunto complexo sem resolução imediata, sendo necessário envolvimento de todos os profissionais.

Em 13 de novembro de 2014 foi publicada no Diário Oficial Eletrônico (DOE) -- Seção II – Página 32, a Portaria Conjunta do Diretor Clínico e do Superintendente do HCFMUSP, datada de 13 de outubro de 2014, que estabelece o *Código de Conduta Funcional do HCFMUSP* e cria a Comissão Autárquica de Ética Funcional (CAEF). O Código se denomina como sintetizador dos princípios norteadores de atuação dos agentes públicos, refletindo os princípios éticos contidos na missão, visão e valores da Autarquia. Objetiva também orientar o comportamento dos agentes públicos na relação institucional com pacientes e seus acompanhantes, visitantes, alunos, fornecedores, prestadores de serviço e público em geral.

Dentre as disposições sobre o acesso às informações, vedação ao assédio moral e atos discriminatórios, em seu art. 17, há a proibição do agente público receber salário, remuneração, transporte, hospedagem ou favor de particular que possa caracterizar conflito de interesses ou violação de dever. Ela vai de encontro, por exemplo, com os convites nominais das indústrias farmacêuticas para participação em congressos e eventos, com remuneração e despesas pagas. Estes mesmos agentes públicos estão, muitas vezes, envolvidos em comissões técnicas para compras de medicamentos. O conflito de interesse se dá no momento em que a mesma empresa que patrocina estas vantagens ou despesas de viagem do agente público pode se beneficiar de forma direta ou indireta por um ato ou decisão de sua competência funcional.

Nesta mesma Portaria há a instituição da Comissão Autárquica de Ética Funcional (CAEF), que tem a função de orientar e aconselhar sobre a ética profissional do agente público no tratamento com pessoas e com o patrimônio público.

A Portaria, em seu art. 25, ressalta que para fins de comprometimento ético, agentes públicos são aqueles que prestam serviços, ainda que temporários ou sem atribuição financeira, por força de lei ou qualquer ato jurídico, desde que ligados à Autarquia, às Fundações de Apoio, ou em qualquer setor onde prevaleça o interesse do Estado. Embora a CAEF aplique punições apenas de censura, este dispositivo é de extrema importância para não pairar dúvidas de que,

enquanto o servidor estiver prestando seus serviços dentro da Instituição ele é um agente público, independente do seu regime de contratação⁶.

Datada de 10 de dezembro de 2015, a Norma nº 01/2015 da Diretoria Clínica, por meio do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF), disciplina o fluxo para solicitação de medicamentos não padronizados no Complexo HCFMUSP. Sinteticamente, as solicitações devem seguir fluxos administrativos em cada instituto. Os serviços de farmácia rejeitarão ou aceitarão os pedidos. Essa autorização deve ser realizada por profissional designado pela Diretoria Clínica. Se as solicitações forem recorrentes, deverá ser elaborado uma Solicitação de Alteração de Padronização de Medicamentos.

Por fim, a Norma nº 01/2017, datada de 29 de janeiro de 2018, também da Diretoria Clínica, por meio da Comissão de Integração de Assistência Farmacêutica (CIAF)⁷, disciplina o fluxo para solicitação de alteração, exclusão ou inclusão de itens nas tabelas corporativas do HCFMUSP. As solicitações serão aprovadas pela Câmara Técnica da Assistência ao Paciente Internado, sendo que, se necessário, poderá haver o envolvimento de outras Câmaras Técnicas.

7.2 PORTAL DO MEDICAMENTO

O Portal do Medicamento é uma página na *intranet* do HCFMUSP disponível aos colaboradores do Complexo. Ele é resultado de uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a Autarquia e desenvolvidos por profissionais da Divisão de farmácia do HCFMUSP. Tem como missão a disponibilização aos pacientes, profissionais de saúde e gestores, informações apropriadas sobre medicamentos para uso seguro e racional. Objetiva também facilitar a busca de informações sobre medicamentos, servir como ferramenta para farmacoterapia eficaz e promover a qualidade na prescrição.

⁶ A Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa), que dispõe sobre sanções aplicáveis aos agentes público nos casos de enriquecimento ilícito, tratou em seu artigo 2º a definição de agente público: “Reputa-se agente público, para os efeitos desta lei, todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior”. O mencionado dispositivo refere-se: “[...] administração direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de Território, de empresa incorporada ao patrimônio público ou de entidade para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com mais de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual [...]”. Assim, o professor Gasparini (2012, p. 157) vai dizer que estes servidores são chamados de servidores governamentais, uma espécie de agente público, que são aqueles indivíduos que estão incumbidos de uma função estatal, independentemente de sua forma de contratação, inclusive aqueles contratados por fundações privadas instituídas pelo poder público, em suma, são empregados das empresas privadas criadas pela Administração Pública direta de qualquer nível de governo.

A seleção de medicamentos é o princípio estratégico de qualquer programa de uso seguro e racional de medicamentos, além de ser uma atividade técnica específica, diz respeito a uma conduta ética recomendável e desejável. A implantação do Sistema de Prescrição de Medicamentos e Dispensação Ambulatorial permitiu a criação de um banco de dados dos medicamentos padronizados no HCFMUSP com a finalidade de assegurar a dispensação correta aos pacientes. O sistema é continuamente atualizado por uma equipe de farmacêuticos, o que garante a confiabilidade das informações⁸ (CIPRIANO; SFORSIN; FAUSTINO; CHAVES; PINTO, s.d.).

Antes de descrevê-la, se faz importante duas ressalvas acerca da página em questão. A primeira delas é que embora haja referência sobre seu intuito de disponibilização de informações aos pacientes, não é possível acessá-la fora da rede de computadores do HCFMUSP, se direcionando apenas aos funcionários do Complexo. A segunda delas é que praticamente todos os dados estão absolutamente desatualizados. Notícias mais recentes acerca de informações em saúde estão datadas dos anos 2015 e normas que regem a Comissão Farmacêutica e outros comunicados são datados do ano 2000.

O Portal do Medicamento seria uma ótima ferramenta a todos os colaboradores assistenciais, inclusive aos pacientes, contendo diversos recursos para informar, reforçar e ensinar, mas perde sua confiabilidade no momento em que se apresenta como um instrumento esquecido. Para se ter melhor dimensão a estas considerações, será apresentada uma descrição pormenorizada deste sítio.

Na página inicial existe um link de busca denominado “*Busca de Medicamento*”. Ao clicar, abre-se uma página na qual é possível realizar a busca de medicamentos por ordem alfabética, nome genérico, classe terapêutica, forma farmacêutica, apresentação, restrição ou CID. Na página inicial também existe também link “Guia Farmacoterapêutico HC 2012 – 2014”. Nele consta a versão digital do impresso com o mesmo nome.

Dentre outras informações que constam no Portal, interessante trazer o “*Guia de Boas Práticas de Prescrição*”. Primeiramente, este Guia define que prescrição é o ato de definir qual medicamento será consumido pelo paciente, contendo as orientações de uso e realizada por um profissional habilitado. Após, consigna que o profissional prescritor deve estar ciente de que os documentos para a dispensação de medicamentos podem variar de acordo com o serviço em que se encontra, porém, o preenchimento de acordo com a legislação deve ser respeitado.

⁸ Disponível em:

<<http://www.portalmed.phcnet.usp.br/?id=YmRfaW5zdGl0dWNpb25hbC9iZF9wcmVzY3JpY2FvLnBocA==>>. Acesso: em 15 ago. 2018.

Logo após, como próximo tópico há “*Recomendações para Boas Práticas de Prescrição*” que, baseando-se em resoluções do CFM, que tratam de regulamentação técnica farmacêutica, traz de uma forma didática os campos que uma prescrição deve conter de que maneira ela deve ser feita, como por exemplo, escrita em português, de forma legível e com assinatura do profissional.

Em seguida aparece o tópico sobre “Orientações e recomendações para se evitar erros de prescrição”, que compreende em uma listagem de diretrizes em relação aos termos a serem utilizados pelo prescritor como abreviações ou como escrever os horários e posologia.

Há ainda uma listagem na qual consta qual o tipo de prescrição é necessário para cada tipo de medicamento:

- Medicamentos de venda livre, também conhecidos como OTC, em inglês *Over the Counter*;
- Medicamentos com venda sob prescrição médica;
- Medicamentos sujeitos a controle especial conforme e a Portaria nº 344/98;
- Medicamentos manipulados;
- Medicamentos genéricos;
- Medicamentos Excepcionais - Alto custo, cuja dispensação requer formulário especial (Solicitação de Medicamentos Excepcionais – SME).

Cada item foi dividido em um tópico específico para constar o que é aquele tipo de medicamento, qual a legislação, portaria ou orientação que rege aquela categoria de medicamento, quais os documentos utilizados para aquela prescrição e outras informações pertinentes.

Por meio do Portal do Medicamento é possível acessar formulários para requisitar incorporação de medicamentos, bem como também consultar os andamentos dos processos de padronização de medicamentos do Complexo. A busca pode ser feita pelo nome do medicamento ou número do processo e, em cada procedimento consta, além das informações do fármaco, o status do pedido, se está em análise, aprovado ou reprovado.

Existe uma série de outras ferramentas nesse Portal como legislação, programas do Ministério da Saúde, programas do Estado de São Paulo, notícias sobre saúde, notícias acerca de drogas proibidas pela ANVISA, eventos ou ainda indicadores da Comissão de Farmacologia.

Infelizmente, mesmo com todo esse material disponível, não é possível para o gestor propor este sítio da Internet como um instrumento de trabalho, na medida em que uma

simples análise constata ser obsoleto e, muitas vezes, ineficaz. O colaborador tem a impressão de não ser uma fonte confiável para a busca de informações centralizadas da Instituição. O Portal do Medicamento se torna útil apenas e tão somente para a busca de medicamentos padronizados no HCFMUSP, tarefa que pode ser realizada também por meio de softwares de prontuário eletrônico instalados nos computadores do ICr.

7.3 COMISSÃO DE BIOÉTICA - COBI DO HCFMUSP

A Comissão de Bioética (CoBi) do HCFMUSP, foi criada em criada em 21 de maio de 1996, composta por profissionais do Complexo, com médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, advogados e membros da sociedade civil. Atualmente é presidida pelo professor doutor Chin An Lin, O Comitê se reúne mensalmente para debater sobre os questionamentos que lhe são feitos por meio de consultas.

A análise dos Pareceres da CoBi também será feita por ordem cronológica considerando a metodologia de levantamento já detalhada.

O Parecer CoBi nº 03/2004, datado de 11 de março de 2004, trata de “Orientação sobre fornecimento de medicamento de alto custo mediante imposição judicial”. Há o questionamento sobre a autonomia do profissional, autonomia da instituição e qual o limite da atuação deste médico frente aos recursos e regras do HCFMUSP. Inclusive nos casos em que os profissionais do complexo se utilizam do receituário para prescrever uma droga que não está no Guia Farmacológico e que, conseqüentemente, seria judicializada.

Dentre as várias orientações dadas no Parecer, destaca-se a de somente prescrever medicamentos experimentais aprovados na comissão de ética de pesquisa, observadas as normas institucionais e a legislação pertinente, orientar médicos quanto a importância de prescrever medicamentos padronizados, sugerir à Diretoria Clínica a promoção, junto aos professores titulares, da estrita aderência aos medicamentos constantes do Guia Farmacológico e sugerir à Diretoria Clínica uma consulta sobre o tema ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)⁹.

Nota-se que, neste contexto, o fenômeno da judicialização da saúde parecia ainda estar engatinhando, à medida que os Membros da CoBi e da Diretoria Clínica tinham a impressão de exercer certo controle sobre a situação.

⁹ Este Parecer da CoBi foi apresentado no CREMESP, sob a Consulta nº 95.947/2004, sendo aprovada em reunião plenária, realizada em 01 de abril de 2005, e emitida em 18 de maio de 2006, com despacho concordando *in totum* com o parecer em relação aos aspectos éticos ali tratados (CREMESP, 2006).

Naquele mesmo ano, em 11 de abril de 2004, foi emitido o Parecer CoBi nº 04/2004, referente à demanda crescente de atendimento no pronto-socorro e ambulatório frente à assistência adequada. O parecerista fala sobre os números suntuosos, na época, dos atendimentos que eram realizados no pronto-socorro, referindo-se às demandas de baixa complexidade que poderiam ser tratadas em outros serviços. Após a explanação, ele propõe que a administração deve tomar medidas mais enérgicas para que o atendimento não seja realizado acima da capacidade do Hospital. E que estas medidas devem ser divulgadas aos usuários e discutidas em órgãos superiores como as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de São Paulo. Assim, reconhece a eticidade da necessidade de limitar-se a demanda de atendimentos nos pronto-socorro do complexo.

Ainda em 2004, foi exarado o Parecer CoBi nº 08/2004, datado de 26 de agosto, acerca da autonomia de prescrição do médico quando funcionário do Hospital. O relator, doutor Renato Del Sant, afirma que, embora o Código de Ética Médica assegure a autonomia profissional (art. 16¹⁰ e art. 21¹¹), o art. 14¹² direciona o profissional a assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde. Assim, ele adquire papel de gerenciador de recursos públicos. Os referidos artigos se complementam na medida em que a autonomia profissional é limitada no bem da saúde pública.

O Código de Ética Médica citado aqui não está mais em vigor, pois passou por uma reforma e foi substituído pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 e, posteriormente pela Resolução CFM nº 2217, de 27 de setembro de 2018. As mudanças ocorridas com essa reestruturação estão relacionadas no quadro a seguir.

Quadro 2 – Quadro comparativo entre os Códigos de Ética Médica

Resolução CFM nº 1.246/1988	Resolução CFM nº 2217/2018
------------------------------------	-----------------------------------

¹⁰ Art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

¹¹ Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

¹² Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

<p>Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.</p>	<p>XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.</p> <p>Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.</p>
<p>Art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.</p>	<p>XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.</p> <p>É vedado ao médico:</p> <p>Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.</p> <p>Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente</p>
<p>Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.</p>	<p>É direito do médico:</p> <p>II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada à legislação vigente.</p>

Fonte: elaboração da própria autora.

O Relator também trouxe à discussão a Resolução nº 1481/97 do CFM (ainda em vigor) que define direitos e deveres dos médicos nas instituições. A referida norma inclui a

autonomia do profissional, mas também a cooperação com a administração da Instituição, cumprimento de normas técnicas e colaboração com as comissões específicas. Ela ainda prevê a possibilidade de punição de natureza administrativa quando as determinações do serviço não forem cumpridas.

Por fim, o parecerista também acrescenta que os profissionais contratados pelo HCFMUSP estão sujeitos ao contrato de trabalho e, portanto, ao Regulamento Interno do Hospital. Nestes termos, “[...] *devem, portanto, procurar não prescrever medicações que não constam no Guia Farmacoterapêutico*”. Aqui, percebe-se que o próprio parecerista abriu uma brecha quando usou “procurar não prescrever”, pois existe a razoabilidade de que haverá situações que tal prescrição deverá ser feita, como por exemplo, os casos dos medicamentos *off-label*¹³.

Neste mesmo Parecer, é citado um comunicado da Diretoria Clínica (Mem. DC nº 45/54, de 7 de janeiro de 2004)¹⁴, no qual ela também se manifestou contrariamente a prescrição de medicamentos que não estão no Guia Farmacoterapêutico. Estas prescrições trazem desequilíbrio nos recursos financeiros, uma vez que o hospital fica obrigado a fornecer medicamentos específicos pela imposição de decisões judiciais em detrimento de outras medicações que constam no Guia e que atenderiam número maior da população. Alerta também que a própria Diretoria Clínica tem promovido ações para racionalizar e normatizar as prescrições, atualizando o Guia Farmacoterapêutico, revisando o arsenal de medicamentos especializados, definindo protocolos terapêuticos e orientando equipes de cada departamento levando a prescrição com responsabilidade e dentro das normas. O parecerista conclui que as medidas administrativas são cabíveis para aqueles que não cumprirem as diretrizes e recomenda à Instituição “*empenhar-se na divulgação do Manual de Recomendações de Protocolo para Utilização dos Medicamentos Padronizados*”.

Por meio do Parecer CoBi nº 06/2008, aprovado em 12 de fevereiro de 2009, foi tratada inclusão de medicamentos biotecnológicos no Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP. O questionamento girava em torno da inclusão ou não dos medicamentos biotecnológicos no Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP devido aos seus números crescentes de pedidos e aos custos elevados. Foi levantada seguinte situação: o paciente recebia remédio por uma autorização provisória de aquisição e a comissão achou por bem excluir o medicamento. A

¹³ Medicamentos *off-label* são aquele que o uso não foi aprovado, ou que determinado uso não consta da bula. O uso *off label* é, por definição, não autorizado por uma agência reguladora, mas isso não implica que seja incorreto (ANVISA, 2019).

¹⁴ Não foi obtido acesso a este comunicado na íntegra.

relatora, doutora Edna Rodrigues, reafirma que os conflitos éticos que envolvem o papel dos profissionais da saúde em relação os recursos financeiros são finitos, com limites para sua aplicação, frente aos avanços científicos. Ressalta que os benefícios das novas drogas nem sempre apresentam resultados na prática da clínica. Até que ponto um paciente sem nenhuma medida objetiva de melhora da doença é candidato a receber o medicamento? O Hospital poderá pagar e quais as áreas serão prejudicadas na alocação de verbas? Salienta que todas as vezes que um profissional solicitar um novo fármaco biotecnológico, ainda que provisoriamente, terá que levar em consideração essas ponderações. E acrescenta:

Os custos médicos estão incontrolláveis porque falta um acordo moral sobre quando negar tratamento. Decidir quando dizer “não” e dizer de forma honesta e íntegra é, talvez, a mais difícil questão moral que a nossa sociedade se defrontará nos próximos anos. O processo de tomada de decisão em situação de carência de recursos nunca é uma tarefa fácil, podendo gerar inúmeras situações de posicionamentos frontalmente contrários. No âmbito da Ética, o conflito é inevitável. A simplificação do processo pode torná-lo menos justo, enquanto que os aspectos éticos envolvidos podem aumentar a sua complexidade, e pode propiciar um importante referencial a ser utilizado (Parecer CoBi n. 06, 2008).

Concluiu-se que cada caso deve ser estudado de maneira individual e que se o paciente já começou o tratamento, o HCFMSUP deve se responsabilizar pela sua continuidade.

O Parecer CoBi nº 03/2012, aprovado em 28 de fevereiro de 2013, tratou de solicitação de dispensação de medicamentos para criança diagnosticada com doença de Pompe. O medicamento em questão, *Myozyme*, não era padronizado pelo HCFMUSP e era fornecida aos pacientes por um acordo com o Laboratório Genzyme mediado pela Associação Nacional dos Portadores da Doença de Gaucher e Outras Doenças Raras (ANPDG). Esta Associação objetivava, com a consulta ao CoBi, uma prescrição médica para obter deferimento judicial da continuidade do tratamento. O remédio era aprovado pela ANVISA e a compra realizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

A parecerista relatora, professora Maria Garcia, trata o caso concreto de uma forma ampla, para abranger a relação entre laboratórios, Estado, hospitais públicos e o direito fundamental à saúde. Entende que o HCFMUSP deveria levar a discussão em âmbito nacional sobre a participação das indústrias farmacêuticas nos atendimentos de pacientes usuários de medicamentos de alto custo.

Considerando que neste caso o Estado deve proporcionar o medicamento; que se trata de remédio de alto custo e, conseqüentemente, sem interesse de produção; considerando a

responsabilidade da indústria tendo em vista que foi ela a criadora da demanda; e que por força dos contratos de estudo clínicos com a Instituição, os laboratórios são obrigados a fornecer a droga em estudo aos pacientes participantes, mesmo após o fim do estudo até o registro nos órgãos responsáveis; a parecerista reconhece que existem iniciativas para enfrentar o problema e que o HCFMUSP não pode ficar inerte a tais discussões. A solução do problema deve ser colocada em pauta em nível nacional, e o hospital deveria fazer parcerias com fundações e a indústria farmacêutica, evitando a intervenção do Poder Judiciário.

Por mais que a recomendação da professora Maria Garcia seja acertada, propor uma solução a um problema tão complexo, com diversos aspectos a serem levados em conta, com tantos atores a serem estudados e com tantos conflitos éticos, econômicos e sociais, pode transparecer certa superficialidade. Ainda assim, chamar a indústria e fundações para atender este tipo de demanda se coloca como uma proposta ousada e pertinente ao assunto.

Em 27 de março de 2014, foi aprovado o Parecer CoBi nº 03/2013, sobre paciente submetido a transplante em hospital particular e, após período de acompanhamento nesta entidade, foi encaminhado ao Instituto da Criança para seguimento do pós-operatório, incluindo fornecimento de medicação. O caso foi apresentado, pois o médico que realizou o procedimento possuía vínculo com hospital filantrópico e com o ICr. Concluiu-se que não é antiético, uma vez que o paciente tem direito de ser atendido em qualquer instituição credenciada pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT), desde que obedeça à legislação vigente. Além disso, ele tem direito de escolher onde quer ser tratado e o médico tem o dever de acompanhá-lo.

No momento em que o relator, Professor Doutor Chin An Lin, tratou da complexidade do processo de transferência de pacientes de uma instituição privada para uma instituição pública, além de citar que a inserção do paciente não pode gerar prejuízos aos outros que já estão internados no Instituto e que a transferência tem que ser de decisão da equipe do ICr, trouxe ainda a seguinte ponderação:

É necessário ter consciência do papel fundamental do médico/profissional da saúde que atue em instituição pública sobre a importância da gestão dos recursos para, de forma equilibrada, fazer a devida alocação de forma a atender à maior parte dos usuários que disso necessitem, não privilegiando ninguém. A alocação de recursos não deve obedecer a critérios pouco claros e individuais, mas sim adotar critérios transparentes sem causar desconforto a ninguém. (Parecer CoBi, n.03, 2013).

O professor ressalta o papel do profissional do HCFMUSP em cuidar para que os recursos sejam alocados de melhor forma, uma vez que tratam de orçamentos originários do SUS. Ainda em relação aos medicamentos que o paciente necessitaria, o parecerista relembra que são fornecidos pela rede pública e que, em caso de medidas judiciais para outras medicações que não contempladas no SUS, embora a Secretária de Estado da Saúde seja responsável, muitas vezes o HCFMUSP recebe o encargo.

De mesmo modo é relevante a ponderação acerca da dupla militância do médico. O profissional, por seu vínculo em uma instituição privada e uma instituição pública, teve um “poder arbitrário” para privilegiar a instituição filantrópica, quando esta recebeu maiores verbas do SUS para realização da cirurgia, e onerou a instituição pública que, a partir daquele momento, arcaria com o acompanhamento do paciente pós-transplantado e eventuais responsabilidades decorrentes do procedimento. E conclui:

É necessário repensar o papel do profissional médico numa instituição como Hospital das Clínicas: cabe-lhe zelar pela melhor alocação possível dos recursos escassos e finitos destinados aos cuidados de usuários do Sistema Único de Saúde. Isto não significa que se vete que o profissional tenha duplo vínculo, o que se deve coibir é onerar o serviço público em prol do privado, e impor decisão individual, à revelia da equipe de saúde que chefia, ou na qual tem posição de comando/influência, sem respeitar a autonomia da equipe que, embora não tendo participado do transplante está obrigada a acompanhar o paciente no pós-operatório (Parecer CoBi n.03, 2013).

Embora o caso supracitado seja aparentemente uma situação *sui generis*, os conflitos que ocorrem quando os profissionais possuem este duplo vínculo são diversos, como levantados nas entrevistas com prescritores e que será objeto de análise no próximo capítulo.

O Parecer CoBi nº 01/2014, aprovado em 10 de abril de 2014, tratou da solicitação de uso *off-label* do medicamento Valganciclovir que é administrado para tratamento da doença por Citomegalovirus (CVM) em pacientes pediátricos com leucemia mielóide pós transplante de medula óssea. O pedido de consulta foi realizado pela própria Diretoria Clínica e CIAF após receberam pedido de padronização do medicamento pelo ICr.

Para que se entenda melhor este debate, convém aqui uma pequena explicação sobre o caso. O medicamento em questão Valganciclovir “[...] é um antiviral que se transforma no organismo em Ganciclovir [...]”, este, por sua vez, é utilizado em pacientes que passaram por transplante e para tratamento da AIDS. O Valganciclovir é registrado na ANVISA, de uso em adultos, administrado de forma oral e não está na lista de medicamentos de altocusto do Ministério da Saúde. Já o Ganciclovir, também é registrado na ANVISA, para uso pediátrico,

de forma injetável e está na lista de medicamentos de altocusto do Ministério da Saúde, mas apenas para uso em casos de AIDS. Ambos fazem parte do Guia Farmacoterápico do HCFMUSP.

A parecerista Professora Doutora Pilar Lecussan Gutierrez ressalta que, do ponto de vista clínico e da gestão de recursos, estas diferenças entre os medicamentos são importantes. O Valganciclovir, por ser administrado via oral, facilita o uso em pacientes pediátricos e facilita a continuidade do tratamento no domicílio. Porém, a questão dos custos também deve ser colocada em pauta: na época desta consulta, o Ganciclovir 500mg custava R\$ 15,00 o frasco e o Valganciclovir 450 R\$ 121,50 cada comprimido. Considerando que o Valganciclovir não está na lista de medicamentos do Ministério da Saúde, mas consta entre os remédios padronizados do Hospital, seu financiamento viria com verbas do orçamento do próprio Complexo. Ademais, manipular um medicamento que se encontra na forma injetável, requer internação da criança em hospital-dia.

Após o levantamento das orientações da ANVISA, CFM e Diretoria Clínica do HCFMUSP, que são desfavoráveis ao uso de medicamentos *off-label*, por acreditarem trazerem riscos ao paciente, a parecerista faz a ponderação de que o uso do Valganciclovir em pacientes pediátricos foi aprovado por órgãos internacionais. Sua apresentação oral é um grande diferencial e vantajosa para a população infantil que foi submetida a diversos procedimentos invasivos. Embora não faça parte do programa do Ministério da Saúde de medicamentos de alto custo, a não necessidade de se utilizar de um leito para manipular um medicamento podem compensar esse desequilíbrio orçamentário.

Em 25 de setembro de 2014, foi aprovado o Parecer CoBi nº 07/2014, que tratou de reivindicação de família de paciente internado no ICr para que os custos com exames que não se encontravam disponíveis no HCFMUSP fossem bancados pela Instituição. A criança tinha hipótese diagnóstica de Síndrome ALPES. De acordo com a profissional médica que requereu a consulta, o referido exame genético não traria um diagnóstico preciso e tampouco benefício à criança.

[...] o Instituto da Criança é instituição pública e seus recursos financeiros são limitados, portanto devem ser alocados da forma mais eficiente possível; destarte o Instituto da Criança não pode privilegiar um paciente se isto puder causar danos a outros; à guisa de conclusão, muitas vezes escolhas trágicas resultam de interpretação de normas jurídicas ignorando-se os custos sociais que delas podem derivar, assim o direito à vida e à saúde deve ser garantido sempre que com isso não se concorra para por em risco a vida e a saúde de outras pessoas (Parecer CoBi,nº. 07/2014).

Assim, para o parecerista professor doutor Gabriel Wolf Oselka, seriam gastos recursos que não representaria melhora ao paciente específico e, ao mesmo tempo, traria limitações aos diagnósticos e tratamentos de outros pacientes.

Ainda no que concerne a exames genéticos, o Parecer CoBi nº 09/2014, aprovado em 12 de novembro de 2015, tratou de orientações quanto a solicitações de testes genéticos de pacientes em seguimento no Ambulatório de Genética do ICr. O questionamento das médicas consultantes é em torno de pacientes que possuem planos de saúde, este plano cobre o teste genético, mas estão em seguimento pelo SUS. Elas poderiam requerer os exames com receituário do hospital?

Concluiu-se que, se os testes não são realizados no HCFMUSP, as solicitações devem seguir as rotinas operacionais das Fundações de Apoio e não devem usar o receituário da Instituição. São proibidas solicitações de procedimentos que não são cobertos pela Instituição. Por fim, esclarece que em caso de determinação judicial para realização de exame genético, que também não possui cobertura pelo plano de saúde, esta deverá ser analisada caso a caso pelas Diretorias Executivas dos Institutos do HCFMUSP.

7.4 POLÍTICA DE *COMPLIANCE*

O termo *Compliance* tem origem no verbo em inglês *to comply* que, embora sua tradução para o português seja comprimir, abrange hoje um conceito muito maior no âmbito corporativo. O termo significa estar em conformidade com as regras, fazer o que é correto e de acordo com os valores da empresa.

Com uma iniciativa pioneira, o HCFMUSP foi o primeiro hospital público do Estado de São Paulo a criar uma Diretoria de *Compliance*. Ela possui objetivo de orientar as condutas dos colaboradores da Instituição, de forma clara e transparente, evitando conflitos de interesse, desvio de conduta ou inconformidades. Assim, em 21 de março de 2018, foi lançada a Cartilha de *Compliance* da Instituição. (HCFMUSP, Cartilha de *Compliance*, 2018)

Trata-se de uma compilação de normas e recomendações que versam sobre comportamentos éticos e valores da Autarquia. De forma didática, o documento apresenta exemplos práticos de condutas proibidas e de como agir em determinadas situações.

A título de exemplo, a cartilha traz a situação de recebimento de patrocínio para congressos e eventos de empresas e indústrias farmacêuticas. Se o recebimento for de forma pessoal, o profissional deve declarar conflito de interesse e não poderá participar de comissões institucionais que possam autorizar ou aprovar medicamentos, materiais, obras e compras. Caso

este patrocínio seja realizado por meio das Fundações de Apoio, exclusivamente para as unidades, o profissional estará autorizado a participar das comissões. Esta mesma determinação vale para aqueles que recebem honorários para atividades comerciais como *speaker* e consultoria. O profissional que é convidado por empresas para participar de treinamentos de procedimentos e equipamentos não apresentará conflito de interesse quando este equipamento for padronizado na Instituição ou quando for de interesse do Hospital.

Outros exemplos abordam o recebimento de doações de brindes e outros objetos, que devem ser direcionados ao Hospital e não ao profissional e, se for de valor elevado deve ser aprovado por órgãos colegiados superiores. Ressalta-se que a cartilha é categórica na proibição das prescrições não contempladas no Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP e indicação de procedimentos experimentais que não estão no contexto de pesquisa clínica aprovada.

Embora as regras trazidas neste na Cartilha *de Compliance* não sejam necessariamente novas, pois grande parte já estava contemplada em Instruções de Serviço e no Código de Conduta da Autarquia, ela mostrou uma preocupação na disseminação dessa nova prática de adoção de padrões éticos. Por isso, para que os mais de 19 mil servidores se sintam inseridos nestes novos tempos, é necessário que a implantação seja feita de forma gradual, contemplando os colaboradores que exercem cargos de chefia, os assistenciais e operacionais. A divulgação tem sido realizada no Complexo por meio de palestras aos colaboradores com tutorial de utilização da cartilha, porém ainda não houve tempo hábil para que esta política tome vulto necessário dentro da Autarquia.

Atualmente, o programa encontra-se no âmbito da Diretoria Clínica e conta com a colaboração do núcleo jurídico, conselhos institucionais e uma Diretoria de *Compliance* constituída para esse fim. As dúvidas e outros questionamentos podem ser encaminhados por e-mail ou de forma online no próprio site do *Compliance* HCFMUSP¹⁵.

7.5 ATOS DA ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO DA CRIANÇA - ICR

As normas Institucionais que se referem ao ICr e ao Complexo HCFMUSP como um todo, estão disponibilizadas online pela *intranet* da Autarquia. Entretanto, cada Instituto

¹⁵ O Guia de Conduta do Profissional – Cartilha do *Compliance* do HCFMUSP também está disponível no endereço <<https://conduta.hc.fm.usp.br>> e não é necessário ser colaborador para acessá-la.

possui uma página exclusiva que constam as informações pertinentes e úteis a sua rotina de trabalho e ao cotidiano de seus funcionários.

Diferentemente da *intranet* do HCFMUSP, a página específica do ICr¹⁶ se mostra completa, atualizada na maioria dos documentos e uma fonte confiável para busca de informações. Faz-se necessária uma descrição dos elementos que nela constam para que seja possível dimensionar e visualizar as informações que ali são disseminadas, a forma com que são comunicadas, a clareza e se estão de fácil acesso ao colaborador.

Pelo site, é possível buscar as políticas institucionais como a comunicação entre os profissionais, comunicação institucional, cuidados paliativos, segurança do paciente, treinamento e desenvolvimento, entre outros.

A “Política de Comunicação Institucional” do ICr segue as diretrizes do Núcleo de Comunicação Institucional do Complexo, que coordena ações integradas de comunicação e gerenciamento do fluxo das informações com os diferentes públicos, por meio de serviço de relações públicas, assessoria de imprensa, marketing institucional e outras divulgações. No Instituto, o Centro de Comunicação Institucional tem a competência de acompanhar estas ações.

Já a “Política de Comunicação entre os Profissionais de Saúde”, visa o desenvolvimento de abordagem para melhor a comunicação entre os trabalhadores de forma efetiva, oportuna, precisa e completa. Com intuito de melhorar resultados, reduzir erros, melhorar a qualidade da assistência e diminuir conflitos, a comunicação entre a equipe multidisciplinar se torna determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados. De acordo com o as diretrizes expostas, a referida política envolve passagens de plantão, transferência de paciente, realização de exames e alta médica.

Existe também disposto no site a “Política de Qualificação do Fornecedor”, que constitui processo de verificação de determinadas condições de qualidade no processo produtivo, instalações e produtos dos fornecedores do ICr. São aplicados em fornecedores de materiais e medicamentos do Hospital, para assegurar o bom abastecimento e qualidade dos produtos e serviços prestados, trazendo excelência na assistência.

Igualmente pertinente apresentar a “Política de Treinamento e Desenvolvimento do Instituto da Criança”. O documento em questão traz alguns diferentes conceitos de treinamento, conforme seguem:

¹⁶ Disponível em: intra.icr.phcnet.ups.br

Treinamento é qualquer procedimento que vise promover e aumentar o aprendizado entre os funcionários de uma empresa, objetivando – particularmente – à aquisição de habilidades para um determinado cargo. Treinamento é a aquisição sistemática de atitudes, conceitos, conhecimentos, regras ou habilidades que resulta em melhoria de desempenho no trabalho. Desenvolvimento é um processo de aprendizado que auxilia o profissional a atingir a eficiência exigida no seu trabalho (presente e futuro) mediante o desenvolvimento de hábitos apropriados de pensamentos, ações, atitudes, comportamentos, conhecimentos e técnicas.

Dentre os objetivos envolvidos estão impulsionar a eficiência, incrementar a produtividade, elevar níveis de qualidade, promover a segurança no trabalho e diminuir refugos e re-trabalhos. Já o conceito de desenvolvimento é apresentado como uma forma de aperfeiçoamento e aprimoramento de conhecimento e habilidades. Ainda, importante trazer o princípio do treinamento de desenvolvimento no ICr descrito como atuação no intuito de desenvolver competências e habilidades nos funcionários visando atender aos objetivos e valores da Instituição. A mesma página descreve que a política de atuação é a promoção de estratégias e mecanismo de facilitação com o intuito de tornar os funcionários mais produtivos, criativos e inovadores; criação de condições de crítica e reflexão; melhoramento da qualidade dos serviços prestados e dos resultados; investimento na capacitação como forma de reconhecimento e fortalecimento de vínculo entre profissionais e a Instituição influenciando na qualidade de vida destes. Acrescenta também a existência de um comitê de treinamento de desenvolvimento com função de avaliar e eleger as prioridades de capacitação a serem executadas de acordo com as necessidades institucionais.

Ainda no site de consulta para os colaboradores, a *intranet* do ICr traz diversas ferramentas de trabalho, como uma aba para os critérios de internação e de alta dentro do Instituto conforme cada especialidade e outra aba para consulta de diretrizes de exames, procedimentos e terapias conforme cada patologia. É possível também a consulta a protocolos de prevenção de doenças e intercorrências e protocolo de segurança do paciente. Aos profissionais assistenciais, a *intranet* possui acesso aos sistemas utilizados para acessar prontuário eletrônico, prescrição eletrônica e agendamento de consultas.

Há também uma sessão somente para os formulários do Instituto na qual constam documentos relativos a termo de consentimentos para alguns procedimentos, solicitação de compra, solicitação de medicamentos e outros. Nessa sessão existe, inclusive, um formulário do ICr com critérios para a escolha de profissional que participará de eventos externos, conforme preconizado pela norma de *Compliance*, contendo itens como comprometimento,

desenvolvimento de atividade de pesquisa/ensino, relacionamento com equipe/chefia e potencial aquisição de habilidades técnicas.

Em relação a medicamentos, a *intranet* do ICr fornece alguns documentos para orientação dos profissionais. Como primeiro exemplo, está disponível o “Guia das Boas Práticas de Fornecedores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos do HCFMUSP”, datado de 2012, foi elaborado pelo Subcomitê Técnico de Logística do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Autarquia. Tem como finalidade estreitar os laços e promover a parceria entre as diversas farmácias do Complexo e os fornecedores, com comunicação dos processos de gestão para melhoria de qualidade. Nesse Guia é possível examinar o Procedimento Operacional de Seleção e Padronização de Medicamento no HCFMUSP, conforme a descrição do fluxo de forma clara e objetiva:

Quadro 3 – Procedimento operacional de seleção e padronização de medicamentos no HCFMUSP

Agente	Operação
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Acessa via <i>Intranet</i> o Portal do Medicamento e faz download dos impressos “Solicitação de Alteração da Padronização de Medicamentos” e “Modelo de Protocolo HC de utilização de medicamentos” • Preenche os impressos • Encaminha às farmácias do respectivo Instituto os impressos devidamente preenchidos e estas encaminham para a Divisão de Farmácia
Divisão de Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe os impressos e anexos pertinentes • Estabelece um número para o processo • Atualiza o sítio “Portal do Medicamento” • Analisa a documentação de acordo com os critérios estabelecidos • Encaminha o processo à Comissão de Farmacologia
Comissão de Farmacologia	<ul style="list-style-type: none"> • Atualiza o sítio “Portal do Medicamento” com o registro de entrada • Encaminha o processo para avaliação do Grupo Técnico de Trabalho
Grupo Técnico de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Emite parecer técnico e o encaminha à Comissão de Farmacologia
Comissão de Farmacologia	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia o parecer técnico e o submete à aprovação da Diretoria Clínica
Diretoria Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia e delibera sobre o parecer técnico
Comissão de Farmacologia	<ul style="list-style-type: none"> • Toma ciência • Encaminha o resultado da deliberação à Clínica solicitante

	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminha a deliberação à Divisão de Farmácia ICHC • Atualiza o sítio “Portal do Medicamento
Divisão de Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Desencadeia as providências administrativas de aquisição
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Toma ciência e aguarda orientação das farmácias do Complexo HC para início de prescrição

Fonte: Guia das Boas Práticas de Fornecedores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos do HCFMUSP.

Além de outras informações como processos de transportes e aspectos administrativos em relação ao recebimento, interessante ressaltar que o presente documento traz breves explicações acerca dos processos licitatórios do HCFMUSP. Ele descreve que os processos são baseados na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e na Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, e que os editais dos certames ficam disponíveis no site para consulta.

Por fim, ainda com relevância para esta pesquisa, o Guia de Boas Práticas descreve os passos em relação ao acompanhamento da utilização dos produtos recebidos. Esse acompanhamento é realizado por ações de farmacovigilância, que detectam, avaliam e previnem efeitos adversos e outros problemas, com objetivo de reduzir taxas de morbidade e mortalidade que podem ser causadas pelo medicamento, melhorar a seleção e uso racional e determinar a frequência de efeitos adversos.

Ainda em relação a medicamentos, está disponível para consulta documento datado de fevereiro de 2018, no qual constam as “Diretrizes para a Farmácia Clínica do ICr”. Tem a finalidade de realizar a avaliação farmacêutica da prescrição médica, o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes internados na instituição, a intervenção farmacêutica, a reconciliação medicamentosa e a orientação farmacêutica de alta hospitalar. A promoção do uso racional de medicamentos e a otimização da farmacoterapia, para melhor o tratamento do paciente fazem parte do objetivo dessas diretrizes. Um dos exemplos que pode ser trazido é o da reconciliação medicamentosa. No momento em que um paciente muda de nível de assistência de saúde, passando de uma internação hospitalar para uma alta médica ou uma transferência de setor dentro da unidade de saúde, fica mais suscetível a eventos adversos tendo em vista a distinção entre as prescrições médicas. Desse modo, é necessário que o farmacêutico clínico faça a reconciliação medicamentosa, a qual consiste no levantamento dos medicamentos usados pelo paciente, a comparação e sua compatibilização, em até 72 horas após a internação. Ressalta-se que também existe um link que dá acesso ao Portal dos Medicamentos, e abas com avisos e temas de reunião da Diretoria Médica e comunicados relacionados ao RH.

No que se refere às orientações e decisões da Diretoria Clínica, aquelas que não se caracterizam como Instrução ou Ordem de Serviço, tampouco Ordem Conjunta de Serviço, são transmitidas à Diretoria Executiva e à Diretoria Médica por outros meios. Esta, por sua vez, realiza reuniões com as chefias médicas das especialidades para passar temas relacionados com assuntos administrativos, discussão sobre diretrizes e protocolos clínicos ou ainda algum tipo de problema relacionados com taxa de mortalidade, protocolo de acidentes, medicamentos etc. A partir disso, os comunicados são transmitidos aos outros profissionais nas reuniões das disciplinas, por e-mail corporativo e grupos de *WhatsApp*.

Uma característica encontrada no HCFMUSP como um todo, é que nem todos os médicos funcionários do Complexo acessam sua caixa de correspondência eletrônica institucional diariamente, e ainda existem aqueles que não acessam em nenhum momento. Isso torna a informação volátil, que se dissipa ao longo da cadeia, ou também faz com a informação seja represada, alcançando somente algumas pessoas.

7.6 PROCESSO HCFMUSP SOBRE REPASSE DOS CUSTOS COM A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS E SERVIÇO PRESCRITOS NO HOSPITAL

No âmbito da Instituição existe um processo que tramita de forma física que trata dos “Repasse dos Custos com Judicialização de Medicamentos Insumos e Serviços Prescritos no HCFMUSP”. Os autos se originaram de um Ofício GS nº 2186/2015, datado de 11 de novembro de 2015, da Secretaria de Estado da Saúde, assinado pelo então secretário de saúde, David Everson Uip, no qual informa que, após reunião com os hospitais de ensino, a partir de novembro daquele ano, os valores gastos para atendimento de ações judiciais por prescrição emitida pelo próprio HCFMUSP seriam descontados do repasse de verbas realizados pela Secretaria de Estado da Saúde.

Esse Ofício foi instruído com uma série de documentos para sua fundamentação, tais quais: cópia da Lei nº 12.401/2011, que dispõe sobre assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia, cópia da Resolução SS nº 83/2015 da SES/SP, que dispõe sobre prescrição de medicamento no âmbito do SUS; cópia da Resolução CREMESP nº 278/2015, que regulamenta prescrição médica de medicamento no âmbito do Estado de São Paulo, relatório de demandas judiciais dos hospitais de ensino (especificamente do HCFMUSP), contendo dados da ação judicial, dados do médico prescritor, os insumos judicializados referenciando sua quantidade e valor.

No andamento do processo, o Núcleo de Informação em Saúde (NIS) do HCFMUSP juntou documento referente aos “Processo de Judicialização” do Complexo. Nele constava balanço das ações judiciais ativas, referenciadas no relatório de demandas judiciais encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, porém organizadas por Instituto do HCFMUSP e com os valores agregados. Foi demonstrado que 71% das ações ativas até 2015, são sobre medicamentos padronizados no Hospital, que representava o valor de R\$ 118.215,16. No entanto, os outros 29% dos remédios judicializados, não padronizados, representava o valor de R\$ 331.709,04. Ao final do referido documento, o NIS menciona o Parecer da Comissão de Bioética de julho de 2011, que determinou que os médicos residentes e profissionais contratados pelo Hospital seguissem orientações do Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP, sob pena de medidas punitivas de caráter ético e administrativas, bem como fez menção à Norma nº 01/2015 da Diretoria Clínica e do Núcleo de Assistência Farmacêutica, que disciplina o fluxo para solicitação de medicamento não padronizado no Complexo HCFMUSP.

Após esta documentação, como próximo andamento, consta Memorando emitido pela Superintendência, Mem AS2 60/2016, datado de 02 de maio de 2019, no qual há recomendações no intuito de diminuir a persistência de processos de judicialização de prescrições médicas, tais como a verificação se os profissionais conhecem as normas estabelecidas para prescrição; disponibilizar o Guia Farmacoterapêutico do Hospital; divulgação aos profissionais da regulamentação referentes às prescrições; criação de programa de treinamento para residência referente a essas normas e criação de comissão permanente para avaliação das prescrições dos medicamentos não padronizados no HCFMUSP.

A Diretoria Clínica se manifestou, em 29 de novembro de 2016, quanto a necessidade de se estabelecer diretrizes para coibir prescrições que não estejam respeitando as regras, estabelecendo ações de orientações ao seu Corpo Clínico para sanar esse tipo de prescrição. Determinou, ao final, que cada Instituto informasse quais ações e métodos que foram implantados, bem como sua efetividade para que futuramente tais práticas fossem compartilhadas entre os outros Institutos.

A título de exemplo, o Instituto Central informou que o elenco de medicamentos padronizados está cadastrado no sistema informatizado utilizado para prescrição eletrônica, como o Sistema de Gestão Hospitalar (SIGH), direcionando o profissional para prescrição somente para os medicamentos previamente cadastrados. A relação dos medicamentos padronizados está disponível na *intranet*, na página do Portal do Medicamento e, para a prescrição de medicamentos não padronizados, consta fluxo específico para solicitação. Em relação aos insumos, a Unidade de Suprimento do ICHC, informou que os itens padronizados

estão compartilhados para a equipe assistencial por meio de arquivo compartilhado na ferramenta *Google Drive*, e que a prescrição de materiais não padronizados é encaminhada à Unidade com justificativa e substituída quando pertinente.

Especificamente no âmbito do ICr, foi informado que a lista de medicamentos padronizados no Instituto está disponível nos sistemas informatizados utilizados para prescrição eletrônica, como o *InfoClinic* e o *SiGH*. O acesso ao Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP está acessível aos colaboradores por meio do Portal do Medicamento. Informou também que, em setembro de 2012, foi criada a Comissão de Farmacoterapia no Instituto com atribuição de assessorar a Administração Superior no ICr na formulação de política de medicamento; acompanhar a adequação de medicamentos e produtos farmacêuticos constantes do Guia, bem como conveniência da inclusão, exclusão ou alteração em razão de novos conhecimentos técnicos e científicos e desempenhar papel consultivo e educativo, dentro do ICr, sobre boas práticas na prescrição, dispensação e administração de medicamentos.

Acrescenta, ainda, que os medicamentos não padronizados seguem fluxo diferenciado nas solicitações, conforme a Norma nº 01/2015 da CIAF, com a utilização de formulários específicos. Por fim, informa que as práticas adotadas na divulgação das normas em relação aos medicamentos acontecem nas reuniões de análises críticas médicas, reuniões clínicas, reuniões de chefias médicas e no acolhimento de novos médicos.

Os outros Institutos do HCFMUSP também se manifestaram nos autos esclarecendo e exemplificando suas ações com mesmo intuito, dando ciência à Diretoria Clínica. Nos andamentos desde então, constam as planilhas enviadas mensalmente ao HCFMUSP nas quais constam os valores descontados no repasse de verbas em relação aos processos judicializados contra a Secretaria de Estado da Saúde, mas com prescrições do Hospital.

7.7 ESCOLA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO HCFMUSP

No HCFMUSP existe a Escola de Educação Permanente (EEP), instituída em 20 de agosto de 2006 e vinculada ao Complexo por decisão do Conselho Deliberativo do HCFMUSP na sessão realizada em 04 de dezembro de 2007. Em seu Regimento interno, a EEP tem a finalidade de colaborar com diretrizes educacionais estabelecidas pela Administração Superior na formação, capacitação e desenvolvimento, desenvolver programas e parcerias intersetoriais e interinstitucionais de capacitação e desenvolvimento, aperfeiçoamento, atualização e difusão para profissionais, captar fontes de financiamento externo para sua atividade e contribuir para o desenvolvimento de recursos para setor de saúde e outras. A EEP ministra três modalidades

de cursos de pós-graduação *lato sensu*: especialização, aperfeiçoamento e extensão universitária, este último dividido em atualização, que visa difundir o progresso do conhecimento, e em difusão cultural, que visa divulgar conhecimento e técnica. Está determinado também que os cursos serão mantidos por taxa de inscrição e mensalidades para subsidiar suas despesas e custos, podendo ser concedidas bolsas e descontos.

Dentro de cada Instituto doo HCFMUSP é encontrado uma unidade administrativa da EEP chamada de Centro de Educação Permanente CEP, funcionando com uma base da Escola difundida pelo Complexo. Estes CEPs tem a atribuição no âmbito dos Institutos de coordenar o desenvolvimento das atividades educacionais, executar e apoiar ações educacionais, desenvolver conjuntamente com área de gestão de pessoas e equipe multidisciplinar ações educacionais para capacitação e desenvolvimento do público interno e externo, elaborar propostas para programas e projetos educacionais, bem como promover o inter-relacionamento com as diversas áreas profissionais e propor ações educativas de apoio às equipes multidisciplinares, entre outras.

As CEPs se apresentam com um papel muito significativo para o cotidiano dos Institutos. Em pesquisa *in loco* na EEP foi informado que o profissional que está no CEP identifica uma demanda de uma equipe ou é acionado por um gestor, trabalhador ou mesmo um professor acerca de uma deficiência no conhecimento de alguma matéria específica da prática profissional, conhecimento técnico ou acadêmico. Essa solicitação é avaliada quanto a sua relevância, originalidade acadêmico-científica e perspectivas de desenvolvimento, para aí então, após avaliação e o preenchimento de outros requisitos como plano de curso, metodologia, disponibilidade de espaço e etc., a EEP pode estruturar um novo curso. Este curso poderá ser ministrado àquela categoria profissional dos colaboradores ou estudantes do HCFMUSP de forma gratuita a pedido do diretor da área. Do contrário, o curso é disponibilizado, também ao público externo, por meio EAD e de forma paga.

Não obstante a presença de uma UEP no ICr e a atribuição, dentre outras, de promover o diálogo multidisciplinar e ações educativa, nas entrevistas realizadas não foi identificado em nenhum momento a presença destas ações advindas da EEP e que envolvesse os médicos (e não somente equipe de enfermagem que possui uma política de Educação Permanente muito forte). Os diálogos poderiam ser propostos e organizados dentro do Instituto levando em conta, não somente as diretrizes da EEP, mas também as diretrizes da Educação Permanente em saúde.

De forma geral, a EEP funciona como uma plataforma de vendas de diversos cursos à distância ou presenciais nas áreas médicas, multiprofissionais e técnicas para público externo

ou interno. A plataforma se volta em sua maior parte para cursos de média, curta ou longa duração para formação, atualização, especialização e aprimoramento profissional.

Em uma busca no site, foi encontrada uma sessão com o nome “Plataforma Treinamentos HCFMUSP”. Nessa sessão existe uma pequena lista de cursos, voltados para o público interno do hospital (para funcionários), nas temáticas de anestesiologia, endocrinologia, gestão, segurança do paciente, pacote Office para profissionais de saúde dentre outros. A formação para o público interno passa por cursos de políticas de anestesia e de sedação, cursos de português, de brigada de incêndio e de gerenciamento da frequência.

A lista se mostra restrita a assuntos técnicos e procedimentais em relação a algumas especialidades e, quando tratado de assuntos ligados à gestão, apresenta opções de cursos muito abrangentes como o “administração pública, ética e o princípio de moralidade” ou “noções básicas sobre faturamento do SUS”.

A plataforma não se apresenta como uma ferramenta de treinamento e desenvolvimento do servidor, na forma proposta por meio da Política de Treinamento e Desenvolvimento do ICr. O referido documento, além de trazer os objetivos já descritos no tópico 7.5 como impulsionar eficiência, incrementar a produtividade e promover segurança no trabalho, a Política de Treinamento e Desenvolvimento do Instituto também tem a competência de tornar os funcionários mais produtivos, criativos e inovadores, criando condições de crítica e reflexão e, assim, melhorando a qualidade dos serviços prestados e dos resultados.

O investimento na capacitação como forma de reconhecimento e fortalecimento de vínculo entre profissional e Instituição não é feito pela EEP, que não obstante seu nome “Escola de Educação Permanente”, exerce predominantemente a função de plataforma de vendas e ministração de cursos externos.

8. DISCUSSÃO

A partir de agora serão analisados os discursos dos médicos prescritores sobre suas dificuldades frente às necessidades dos pacientes, à luz da regulação administrativa jurídica sanitária (objetivo c).

Os entrevistados responderam de forma aberta dentro da realidade de sua especialidade, de seu setor de atuação e de sua experiência profissional. A análise e discussão se debruçou sobre as reflexões mais recorrentes ou aquelas mais isoladas nas respostas dadas as seis questões colocadas aos entrevistados. Ressalta-se que todos os DSC gerados na pesquisa encontram-se de forma integral no Apêndice D para leitura.

Para que não haja risco de identificação do sujeito de pesquisa, alguns dados dos discursos, como nomes de especialidades, de exames, de alguns medicamentos ou outro serviço de saúde, foram substituídos por três asteriscos (***).

PERGUNTA 1 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

Você trabalha ou já trabalhou na rede privada de saúde? Se sim, tratar os pacientes usuários do ICr é diferente do que os paciente do sistema privado? (prescrição de medicamentos, métodos diagnósticos, métodos terapêuticos e outros).

DSC.1A – Agilidade do acesso a exames, tratamentos e terapias I

Não do ponto de vista de conduta médica. Algumas questões limitantes às vezes, mas depende do serviço, às vezes tempo de atendimento interfere. No hospital que eu trabalho, lá se eu peço uma ressonância, vai ter no mesmo dia e aqui tem que agendar, falar com a pessoa para dar um jeitinho. Então em termos de recurso é muito diferente. Lá também a gente tem maior facilidade de exames que às vezes aqui a gente não dispõe. Você pode prescrever o que você quer. E outra coisa, muitos médicos de primário e secundário às vezes não sabem sobre a doença, então esses pacientes ficam com a gente ligado, e quando tem medicamento e muitas vezes não faz parte do holl do medicamento do HC, aí fica difícil, eu não posso prescrever nada ,vão aparecendo mais medicamentos para diferentes doenças incuráveis. Então, realmente tem que pesar muito custo e benefício. Eu acho que o HC tem quase tudo, mas tem uma questão da agilidade, em um hospital particular você consegue os exames de um dia para o outro e acaba tendo muito mais recurso do que o hospital público, em termos de arsenal terapêutico e de

investigação, eventualmente equipamentos, de contato com especialista, de medicações disponibilizadas na farmácia, vaga na UTI, gestão de material melhor, não espera acabar para mandar comprar na urgência. Você é ouvido, então se a qualidade do material é ruim, esse material não entra mais no hospital, aqui é o que é mais barato. Mas eu acho que dá para dar uma qualidade aqui sim. A população que é atendida no SUS tem demandas diferentes do que o que a gente costuma ver no particular. A (doença) dos pacientes é diferente, não mais fácil, nem mais difícil, é diferente. Se eu tiver uma cirurgia de porte grande e que eu preciso de apoio de vários especialistas para o pós-operatório para conduta, aqui é dez vezes mais fácil.

[S03, S04, S07, S10, S11, S13, S16, S19, S22, S25, S27, S29, S30, S32]

Há um consenso entre os entrevistados de que o acesso a exames, tratamentos e terapias é maior na rede privada. A principal questão discutida é da agilidade deste acesso dentro do ICr, especificamente a exames. Exceto os exames genéticos que possuem um valor muito elevado e não são realizados no ICr, não é sentida a falta de estrutura para o diagnóstico, mas sim a velocidade com que um paciente consegue ser atendido.

No âmbito particular, exames como de ressonância magnética ou ultrassom podem ser feitos até de um dia para outro, mas no Instituto, os agendamentos demoram meses. Tratando-se de um caso grave, a vaga fica a cargo de pedido de favores para um eventual encaixe. O mesmo acontece para exames mais delicados, internações e leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que ficam na dependência da liberação de vagas, o que pode não acontecer.

As cirurgias de grande porte, com a necessidade de vários especialistas para definição de conduta, por outro lado, possuem melhor estrutura dentro do ICr pelo fácil acesso as mais variadas especialidades clínicas.

DSC.1B – Comercialização da saúde

O paciente do hospital privado confunde o pagar pelo serviço com direito a alguma coisa: já que eu estou pagando por esse serviço, eu tenho direito a fazer tantos exames, a internar em tal setor, a não ir alta. Isso acaba comercializando bastante o serviço de saúde e acho que atrapalhava às vezes. Eu vejo isso de diferente no SUS. Embora hoje em dia no SUS os próprios pacientes chegam já sabendo sobre a doença e querendo tal exame, no convênio e no particular isso é mais evidente. Aqui eu sinto uma maior liberdade de fazer o que eu acho que é mais

adequado para o paciente, enquanto lá existe uma pressão de pedir mais exames, de fazer as coisas de uma forma que funcione mais rápido. Existem instituições que cerceiam a solicitação de alguns procedimentos ou algumas tecnologias, ou até a prescrição de alguns medicamentos que possam ser de um custo maior. Lá tem mais burocracia para algumas coisas. Aqui tem todo o protocolo certinho do porquê a gente usa. Às vezes o protocolo do hospital depende dos convênios apoiarem o protocolo e eles não necessariamente apoiam. As pressões que as empresas de saúde imprimem sobre o médico hoje, são muito pesadas, o médico perde muito tempo tentando cumprir aquilo que as empresas de saúde querem. Elas impõem uma série de obstáculos para o atendimento do paciente, bloqueiam os pedidos e que você tem que ter mil justificativas, sempre tem uma pressão econômica.

[S01, S02, S09, S11, S17, S18, S21, S28]

A sensação da comercialização da saúde se dá mais pelo relato dos médicos do que dos pacientes que atendem no sistema privado, no presente caso seriam os familiares das crianças e adolescentes, que se apresentam com uma postura de comprador ou cliente, questionando condutas terapêuticas, exigindo exames específicos e internações por entenderem que estão pagando por aquele serviço e assim sentem que têm autoridade para tanto. No ICr isso é bem menos evidente.

Embora seja um entendimento jurisprudencial consolidado, a imagem comercial da medicina na qual o paciente é o consumidor e o médico é o fornecedor do produto “saúde” é preocupante de acordo com a fala dos entrevistados. A conduta de exigências dos pacientes por aquilo que eles entendem ser necessário ou adequado subestima o saber médico.

Existem também as pressões especificamente econômicas tanto para mais quanto para menos. Estimula-se a prescrição dos medicamentos e procedimentos mais caros e, ao mesmo tempo, dependendo da instituição privada, faz com que cada procedimento adotado seja fundamentado e justificado, podendo muitas vezes ser bloqueado, para diminuir gastos. Até mesmo os protocolos são questionados, na fala dos entrevistados. Essa burocratização é fruto das pressões que as empresas de saúde exercem sobre o profissional, tirando sua liberdade na tomada de decisão no âmbito privado.

Não é o escopo deste trabalho a discussão das relações do sistema de saúde privado, entre as operadoras de saúde, indústria farmacêutica e os médicos. No entanto, importante trazer dados que comprovem o discurso apresentado pelos entrevistados em relação à liberdade de decisão sobre a conduta clínica e como esta realidade se diferencia do ICr.

Uma pesquisa divulgada pela Associação de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (SOGESP), juntamente com o Instituto de Pesquisa Datafolha, em agosto de 2012, mostrou que, para 97% dos médicos entrevistados, associados e que atendiam planos de saúde, existe interferência das operadoras no exercício profissional. Em relação aos tipos de interferência, mostrou-se que 87% destacam a glosa de procedimentos ou medidas terapêuticas e 81% os atos diagnósticos e terapêuticos mediante a designação de auditores. Dos entrevistados, 92% deles concordam que as operadoras dificultam a realização de exames e procedimento de alta complexidade (CFM, 2012).

DSC.1C – Lugar singular I

Aqui no HC a gente está bem privilegiado dentro do sistema público, a gente tem um arsenal de medicamentos, médicos e diagnósticos que na maioria dos hospitais particulares; aqui a gente tem muita disponibilidade. A Unidade Básica de Saúde na periferia de São Paulo é muito distante do que a gente tem aqui no ICr que é paraíso da rede pública de saúde também. Em outro serviço público que é um pronto socorro do SUS, lá eu tenho mais dificuldade ainda porque não tenho uma farmácia como eu tenho aqui. Inclusive tem coisas que eu consigo com mais facilidade aqui no ICr porque tem coisas que o convênio não libera. A gente tem a vantagem de ter os centros de pesquisa e que muitas vezes a gente consegue exames com a colaboração dos médicos ou dos pesquisadores. O HC é um núcleo ímpar, é um Oasis no deserto, te permite uma liberdade talvez maior. Tínhamos mais até no passado, mas os custos na medicina aumentam e hoje a instituição pública tem uma preocupação com o custo maior. Aqui no Hospital das Clínicas a gente tem um privilegio, ligado a universidade, você tem profissionais que atuam em todos os hospitais privados de ponta de São Paulo, você acaba tendo recursos, especialmente do ponto de vista técnico.

[S01, S06, S07, S09, S17, S23]

Os médicos revelaram um grande reconhecimento em relação ao papel que o ICr ocupa dentro do sistema de saúde nacional, público e privado. Curiosamente, expressões como “oásis no deserto”, “paraíso da rede pública” e “lugar privilegiado”, foram usadas entre os entrevistados e confirmam a visão deste lugar de destaque, principalmente quando o profissional trazia na memória sua vivência em outro hospital público de grande porte ou mesmo em uma unidade básica de saúde.

Ser um centro de pesquisa, ter muitos especialistas disponíveis e possuir profissionais que também atuam nos principais hospitais particulares de São Paulo, foram alguma das justificativas para este reconhecimento. Há também certa liberdade de atuação quando comparado a outro serviço público.

Conforme apresentado, a estrutura do Complexo HCFMUSP possui números suntuosos comparativamente com hospitais públicos quanto com hospitais privados. Tratando especificamente do ICr, não se tem notícias de um único centro no qual se realiza cirurgias infantis como transplante hepático, renal e de célula tronco, malformações gastrointestinais e cirurgias bariátricas, que trata de doenças reumáticas, psiquiátricas e pneumológicas, que atende diversas neuropatias, que realiza avaliação genética de pacientes com múltiplas malformações e que seja centro referenciado para atendimentos endocrinológicos, hepatológicos, cardiológicos e para doenças raras.

Para que esta amplitude de atendimento, diagnóstico e tratamento seja concretizada, é necessária a presença de profissionais médicos e assistenciais altamente qualificados e especializados, somada a uma estrutura física que permite a realização de exames e tratamentos de doenças. É baseado nesta afirmação que o ICr se diferencia dentre outros serviços de saúde.

Além disso, os hospitais universitários são centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para área de saúde. O papel de destaque na comunidade, e no caso do HCFMUSP e em todo o Brasil, se dá por proporcionar um local com heterogeneidade para aprimorar atendimentos, elaborar e atualizar protocolos técnicos e incorporar tecnologias, garantindo o melhoramento do SUS constantemente. Ademais, espera-se que os profissionais assistenciais ou não, sejam atualizados e treinados por meio de programas de educação continuada (BRASIL, 2019).

DSC.1D – A questão social dos pacientes influencia no tratamento

Eu trabalho em uma instituição privada onde as questões sociais pegam muito porque é classe C, D. o convênio não cobre, eles entram com liminar. Em relação ao Instituto da Criança eu acho que mais do entendimento do paciente, é questão mais intelectual que influencia no entendimento da doença e de aderir ao tratamento. O número de exigências, de esclarecimentos, de preocupação, de stress com anestesia que as famílias do setor privado têm, é totalmente diferente daqui. As famílias às vezes são mais orientadas e isso facilita na aderência ao tratamento, mas isso não é uma regra, porque às vezes apesar de ser mais orientada ela é muito mais ansiosa. Acho que para mim a maior diferença é na postura de

alguns clientes que se empoderam na condição donos de um convênio e que se colocam de um jeito mais reivindicador do que o paciente SUS.

[S08, S20, S23, S29, S30]

A questão social dos pacientes do ICr é de fácil percepção. As crianças e adolescentes são usuárias do SUS com suas limitações financeiras e, além disso, tratando-se de um hospital de alta complexidade, são acometidos de doenças graves que nenhum outro médico do sistema público conseguiu dar seguimento. Chegam no Instituto com uma última esperança para tratamento. O processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente é interrompido para que a doença seja tratada.

Nesse sentido, percebe-se de todos, não só dos médicos e até mesmo a pesquisadora, certo sentimento de compaixão pelos pacientes. Em contrapartida, os profissionais sentem a gratidão deles. Essa forte ligação entre médico e paciente, dentro do ICr, faz com a relação fique mais humanizada e muitas das barreiras sejam vencidas. Na prática, problemas com locomoção, chegar atrasado com horário marcado, receitas fora do dia de consulta e outras intercorrências, são entendidas e solucionadas em benefício da criança. Os profissionais do Instituto, assistenciais e administrativos, para compreender a singularidade dos indivíduos e suas famílias, acabam desenvolvendo mecanismos de apoio social para os pacientes.

Outro ponto a ser colocado é que essas famílias, com menor grau de instrução, apresentam maior dificuldade na aderência ao tratamento. Isso ocorre por diferentes causas como o não entendimento da explicação médica que é dada no momento da consulta sobre o prognóstico, medicação que não é administrada de forma correta, risco de interrupção do tratamento e outras recomendações que não são seguidas. A situação exige que os médicos e toda equipe assistencial tenham maior compreensão desses sujeitos, acolhendo suas necessidades na tentativa de suprimir estes obstáculos ao tratamento.

No atendimento privado de saúde, as famílias estão mais bem informadas e, por isso, exigem mais esclarecimentos ou até mesmo exigem tratamentos específicos, se colocando com uma posição mais reivindicadora do que o paciente do SUS. O paciente se enxerga muito mais como um agente em relação ao seu próprio cuidado, deixando de ter somente uma postura passiva e obediente.

DSC.1E – Volume de pacientes

A gente tem um número de pacientes que atende maior por mesma unidade de tempo. É que tem muitos pacientes fazendo muitos exames todos os dias. Talvez seja um pouco exagerado a facilidade com que são pedidos e obviamente acaba faltando dinheiro para outros e outras coisas. Então acho que falta uma educação melhor de quem está requisitando exames, medicamento. Para a saúde pública acarreta um grande problema; extrapola o gasto de um lado e consequentemente a fatia é menor para outras coisas. Eu já acho um absurdo o HC fornecer o medicamento de graça para todos os pacientes, o paciente nem dá valor, tem paciente que leva o remédio e não toma o remédio em casa. Se ele tivesse que ir na farmácia lá comprar, que fosse um preço baixo, ele ia dar mais valor. A gente trabalha com um regime de sobrecarga muito grande porque você não tem uma hierarquização. Me sobrecarrega porque vem coisas relativamente pequenas que é para ser resolvida em nível regional para aqui. O paciente tem bastante recurso de medicamento, ele tem uma rede de apoio, o grande problema lidando com doenças raras, é que a maioria não é de São Paulo, então a assistência precisaria ser uma coisa mais próxima, isso dificulta, a família não pode ficar aqui, e a gente não tem um outro centro para a gente dividir o paciente que entenda a complexidade do paciente.

[S14, S27, S28, S31]

Para os médicos entrevistados, o grande gargalo que diferencia o atendimento e influencia na agilidade das marcações de consultas e exames é o volume de pacientes atendidos todos os dias pelo Instituto. Esse volume pode ser explicado, na visão deles, sob dois aspectos. O primeiro deles é a facilidade com que são pedidos tais exames, que são requisitados para atender exigências dos próprios pacientes ou suprir uma falta de preparo do próprio médico que deixa o exame físico de lado para pedir um laboratorial algumas vezes.

Nesse sentido, o papel educativo de uma instituição como o HCFMUSP é um desafio, mas torna-se fundamental. Dentro da organização é preciso discutir a utilização de evidências, o gerenciamento de recursos, a regulação e seu cumprimento. Preparar os médicos e outros profissionais de saúde no âmbito da gestão atualmente é uma necessidade. Para isso, tem-se a utilização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que estabelecem critérios para diagnóstico, tratamento, medicamentos e demais produtos a serem seguidos pelos SUS. Estes protocolos são orientações para que se evite o uso irracional de recursos.

Outra questão importante são os pacientes que vêm de outros municípios do estado de São Paulo e de outros estados brasileiros. O Tratamento Fora do Domicílio (TFD),

estabelecido pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, garantiu o acesso de pacientes usuários do SUS de um município a serviços assistenciais de outro município ou ainda de um estado para outro estado. As despesas com locomoção e hospedagem a outro estado são pagas pela Secretaria de Saúde de origem quando estas não apresentam meios de tratamentos. O ICr sendo um hospital da rede referenciado pelo atendimento de alta complexidade para crianças e adolescentes, recebe pacientes de todo território nacional. Isso gera sobrecarga, pois não há outro centro de doenças raras para dividir a demanda. Além disso, doenças e intercorrências de baixa e média complexidade que poderiam ser tratadas regionalmente, são trazidas ao Instituto.

DSC.1G – Maior possibilidade de prescrição no sistema privado

Na verdade, eu acho que não porque a complexidade dos casos daqui geralmente é muito maior do que as instituições privadas. Mas aqui no ICr, no geral, a gente não tem tanto essa dificuldade de obtenção de medicamentos e de conseguir exames, pelo menos no nosso meio não.

[S15]

A diferença nas prescrições foi citada apenas duas vezes, no sentido de que no hospital privado existe a possibilidade muito maior de prescrição sem que haja a necessidade de adequação à farmácia do próprio hospital.

DSC.1H – Quando está no público, pensa coletivamente e quando está no privado pensa individualmente

Quando eu estou na saúde pública eu tenho que pensar no coletivo, um exemplo, vacina. Não adianta eu ter uma vacina muito cara e vacinar dez pessoas. Quando eu penso no privado, eu penso no meu filho, tem uma vacina que custa 350 reais que é mais ampla que o SUS oferece. Quem procura a medicina privada pensa só nela, já o público é outra decisão.

[S26].

Por fim, para melhor ilustrar a diferença entre tratar o paciente no sistema de saúde privado e tratar no ICr, pode-se resumir o que foi colocado pelo entrevistado da seguinte forma:

quando se está no privado, pensa-se individualmente e quando está no público, pensa-se coletivamente.

Essa discussão da “dupla-militância” dos médicos foi apresentada no Parecer CoBi nº 03/2013. Não é proibido o médico se dividir em serviços de saúde diversos, mas é mais que necessário pensar diferente dependendo do lugar em que se encontra. No caso discutido no Parecer, o profissional se utilizou indevidamente de um poder arbitrário para privilegiar outra instituição e não zelou pelos recursos do ICr. A ponderação de como se deve agir em cada local de trabalho se reflete na fala do sujeito 26.

Outros discursos

“Na verdade eu acho que não porque a complexidade dos casos daqui geralmente é muito maior do que as instituições privadas. Mas aqui no ICr, no geral, a gente não tem tanto essa dificuldade de obtenção de medicamentos e de conseguir exames, pelo menos no nosso meio não.”

[S15]

Apenas um entrevistado disse não sentir a diferença entre o sistema de saúde público e o privado para tratar os pacientes. Sua justificativa é que a alta complexidade dos pacientes atendidos no Instituto, principalmente em sua especialidade, diferencia dos pacientes atendidos no privado, por isso para tratá-los não há dificuldades.

PERGUNTA 2 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

Os recursos oferecidos pela própria Instituição são fatores limitadores, de alguma forma, para exercer sua profissão? Em quais os aspectos?

DSC.2A – Disponibilidade de atendimento ambulatorial, medicamentos e exames

Coisas que eu não posso prescrever porque não faz parte do guia farmacológico do HC. Tem medicamentos que eu gostaria de prescrever que seriam melhores para o meu paciente e existe uma determinação que não é para a gente prescrever, que se o paciente entra com uma liminar somos nós que vamos pagar, isso será descontado. É questão de insumos sim. Quando sai de alta quem tem que começar a bancar é o posto de saúde. Nós temos que confiar que a UBS vai dar conta. E é muito complexo porque eu realmente parei em um certo degrau e agora eu

preciso de uma coisa que aqui ainda não tem. Aqui a gente tem vários ambulatórios bem cheios que não suportam necessariamente os nossos pacientes, tem uma fila de espera muito grande, às vezes a gente precisa encaminhar um paciente também não consegue mandar muito facilmente para a rede. O ambulatório de especialidades do SUS cumpriria muito bem o papel de cuidar de um paciente com diabetes mellitus tipo I, mas não é o que acontece. Então acaba sobrecarregando aqui. O atendimento de equipe multi, fono, fisio, T.O, essas coisas às vezes a gente precisa mandar para outros lugares também. Às vezes a gente quer uma medicação que não tem, aí precisa ajustar para uma mais acessível. Para as doenças mais comuns a gente tem uma boa gama de medicamentos, mesmo os biológicos. Às vezes acaba usando o medicamento que não é a melhor, às vezes introduz o paciente em um protocolo de pesquisa, então a gente vai buscando alternativas, Às vezes até o instituto paga por medicamentos que não estariam disponíveis na rede pública frente a uma justificativa. A gente tem três grandes problemas aqui: a falta do recurso terapêutico de medicamento, do arsenal de investigação com os equipamentos que permitiriam monitorizar melhor o paciente e a falta de leito.”

[S05, S08, S10, S11, S13, S15, S16, S22]

Um dos pontos levantados pelos entrevistados versa sobre a falta da disponibilidade de medicamentos ou exames. De acordo com eles, estas limitações acontecem principalmente em especialidades que necessitam dos medicamentos para doenças raras, de alto custo ou que não estão disponíveis na rede pública, tampouco no rol do Hospital. Por esse motivo, acabam receitando outros com qualidade inferior ou que não seria o mais adequado ao caso. O mesmo acontece com exames que auxiliariam no diagnóstico de doenças mais complexas.

A falta de leitos pode ser um problema estrutural do Instituto, mas o Parecer CoBi nº 01/2014 trouxe uma outra justificativa a esta problemática dentro do ICr. Muitas vezes leitos das enfermarias são utilizados para administrar medicamentos nos pacientes. Essa situação pode ocorrer tanto com crianças que estão em estado de saúde delicado, o qual requer vigilância durante todo o tratamento, como também em situações próximas a descrita no referido Parecer: a forma medicamentosa própria para criança e que poderia ser utilizada em casa, no caso, os comprimidos, tem valor muito mais elevado e não está padronizada no HCFMUSP, somente a forma de utilização intravenosa. O custo diário do leito para esse paciente em relação ao custo do medicamento poderia se equivaler, incluindo a percepção de que o prognóstico de uma criança que sai do ambiente hospitalar para terminar seu tratamento no lar é infinitamente melhor.

DSC.2B – Não há limitação

Geralmente a gente tem acesso aos exames fácil. Acho que a gente até está em um Oasis dentro do Brasil. A gente não pode reclamar, faz uma medicina de ponta, cuida de criança transplantada de fígado, cuida de umas crianças super graves aí e no geral a gente não tem muita limitação disso. A gente sempre pesa custo/benefício porque para criança nenhum exame é simples, às vezes precisa de uma anestesia, às vezes para colher sangue é uma dificuldade, então a gente é muito seletivo e no geral também não usa exames sofisticados. Aqui é um serviço de excelência do Brasil, eu não tenho dúvida que é o melhor. Eu tenho às vezes alguma dificuldade na obtenção de alguns exames de imagem, por exemplo, atualmente por grande demanda, mas isso nunca atrapalhou o tratamento. Tem alternativas. Eu acho que aqui é oferecido o melhor, como se fosse um hospital particular. O exame de imagem é bem feito, o laboratório é bom, a maioria das medicações que a gente prescreve sendo elas caras ou não, às vezes falta um pouco de leito, mas aqui eu acho que é excelente.

[S07, S15, S20, S21, S24, S26, S30, S31]

Em contrapartida há aqueles que não encontram limitações nos recursos da instituição no exercício da profissão. A posição diferenciada do ICr na saúde pública foi mais uma vez levantada, inclusive, destacando a excelência dos profissionais e da estrutura do Instituto.

Colocam que, mesmo com a demora para conseguir alguns exames ou leitos, o Instituto oferece boa estrutura com o que existe de melhor na medicina, inclusive medicações caras. Já aqueles que não necessariamente têm acesso aos insumos de ponta, não reconhecem limitações nos recursos do hospital, pois possuem alternativas ou a falta dos recursos não chegou àquela especialidade.

DSC.2C- Agilidade do acesso a exames, tratamentos e terapias II

São às vezes limitadores no sentido de certa agilidade; não consegue ter disponibilidade de um centro cirúrgico e um exame. Acho que falta as outras profissões da saúde que interagem com a gente. Da parte médica eu acho que os recursos poderiam ser melhores, mas eles são bons recursos, demora um pouquinho, atrasa, mas é difícil a gente não ter algo, de jeito nenhum. A gente tem acesso a tudo que a gente precisa, mas às vezes não no tempo que a gente quer. Às

vezes você precisa de um exame, um ultrassom e só tem para o ano que vem. Dá para comparar a evolução de criança que está aqui com a mesma patologia em outro serviço e a gente vê que a evolução é muito mais favorável fora daqui, tanto em termos de material que a gente tem, de tempo para fazer diagnóstico e para fazer intervenção. Em termos de equipe, você tem muito mais médicos disponíveis, uma equipe de enfermagem muito melhor treinada, muito melhor remunerada e muito mais feliz no trabalho, muito melhor do que a sobrecarga de trabalho que a gente tem aqui. Principalmente de uma terapia multiprofissional com fisio, fono, a gente tem pouca disponibilidade.”

[S01, S04, S17, S18, S23]

Quando perguntados especificamente em relação aos recursos da Instituição, os médicos trouxeram a questão da agilidade novamente. Os recursos estão disponíveis, mas não no tempo necessário, principalmente, pelo número de pacientes atendidos.

No Parecer CoBi nº 08/2004, o parecerista direciona o prescritor como um gerenciador de recursos, na medida em que este profissional possui responsabilidade sobre a saúde pública, conforme do Código de Ética Médica. Neste sentido, o médico, ao requisitar um exame ou um tratamento, necessita estar ciente desta investidura que possui e também se responsabilizar pelo gerenciamento de recursos. Como exemplo trazido no DCS, os pedidos de exames desnecessários sobrecarregam o sistema.

O Código de Ética Médica ao determinar que o médico deve assumir suas responsabilidades em relação à saúde pública e o Parecerista também cita o dever do profissional em cooperar com a administração da Instituição. Pois bem. Ocorre que, responsabilidade com saúde pública e a cooperação com a administração não significam gerenciamento de recursos. O CEM também não especifica ou traz indícios de questões orçamentárias. É certo que a escolha da prescrição de um medicamento ou de uma cirurgia está diretamente ligada com sua contribuição e cooperação com a administração e saúde pública, pois impactará no cotidiano daquele paciente, na fila de procedimentos (em uma instituição específica, ou a nível estadual/municipal), nos processos de trabalho do serviço em saúde, podendo ainda exigir qualificação específica dos profissionais de saúde em relação ao prescrito.

Todas essas repercussões que um profissional poderia levar em conta no momento da prescrição podem ser discutidas sob o aspecto técnico-científico, de humanização na saúde, de administração dos insumos, gestão pública, inovação, treinamento e desenvolvimento, recursos humanos e, claro, orçamentário. Posto tudo isso, é de difícil conclusão de que o médico possa colocar todos estes pontos em consideração para a tomada de decisão. Mais difícil ainda

exigir dele que tenha conhecimento técnico de orçamento público e aplicação em seu serviço de saúde. Traduzir sua responsabilidade em relação à saúde pública para responsabilidade orçamentária é expandir de forma desproporcional o exercício da profissão.

A alocação de recursos deve ser decidida pela administração que, por sua vez, deve levar em conta também as demandas trazidas pelos profissionais da saúde. Aí então definir regras para cumprimento dos profissionais podendo, inclusive, aplicar a punição administrativa quando não atendidas. Há que se exigir sim que o médico saiba quais são as consequências de sua tomada de decisão, mas são o responsabilizar pelo gerenciamento de recurso diretamente.

DSC.2D – Lugar singular II

Dentro do ICr a gente tem um mundo muito privilegiado, a gente consegue rapidez em exames e medicamentos que dependendo do hospital privado a gente não conseguiria. O HC permite que a gente trabalhe com muitos recursos, mas é claro que nós não temos todos porque nós temos a população mais grave teoricamente do país. Aqui no HC a gente ainda está em um Oasis da saúde pública, tem ressonância, tomografia, medicamentos até bem mais avançados em relação aos outros hospitais públicos. Estamos falando de um hospital público diferenciadíssimo.

[S01, S04, S17, S18, S23]

No contexto da pergunta sobre os recursos da Instituição, mais uma vez os profissionais trouxeram a convicção de que o ICr é um hospital diferenciado na rede pública. Que no Instituto é possível ter acesso a medicamentos, insumos e exames que em outros hospitais públicos não seria viável, possibilitando a realização uma medicina de qualidade. Por sinal, a expressão “oásis no deserto” foi utilizada mais de uma vez por outro entrevistado.

Tratando-se especificamente do ICr, dados do Relatório de Atividades HCFMUSP 2018, apontou que foram realizados 66.554 consultas ambulatoriais e 2.067 cirurgias somente naquele ano. Com esses indicadores, o Instituto se destaca de qualquer outro centro de atendimento a criança e adolescente dentro da saúde pública ou qualquer outro serviço de saúde.

DSC.2E – Limitam em relação à gestão de pessoas

Eu estou aqui porque eu gosto, se eu sair não entra outro no meu lugar porque essa vaga não é repostada. É uma ilusão você falar que com o meu salário, mesmo no plantão extra aqui, que eu consiga pagar a escola das crianças. E isso até no relacionamento de médico/paciente atrapalha, você está preocupado se você tem que sair correndo para operar outro caso. Um plano de carreira de trabalhar no mesmo lugar ganhando descende para ter uma qualidade de vida e uma aposentadoria boa, talvez fosse diferente. Em termos de equipe, às vezes você tem muito mais médicos disponíveis, você tem uma equipe de enfermagem muito melhor treinada, muito melhor remunerada e muito mais feliz no trabalho, na relação profissional paciente muito melhor do que a sobrecarga de trabalho que a gente tem aqui. O Instituto da Criança acho que é o melhor serviço público de São Paulo em pediatria, mas acho que as maiores restrições são de RH. A gente já trabalhou em uma época em que a gente tinha uma equipe multi e hoje a gente não tem. O Instituto cresceu muito, reabilitação tem que ser feita perto da casa e aí o SUS não é suficiente de verdade. Um serviço público pagar mal aqui no Brasil faz com que os médicos vão embora e a qualidade consequentemente caia também, você tem muitos médicos novos e com pouca experiência, isso também atrapalha em uma Instituição de ensino.

[S02, S25, S29, S32]

Muito se foi falado sobre a limitação que os recursos trazem em relação à gestão de pessoas dentro do Instituto. Isso inclui a contratação de funcionários, sua capacitação, desenvolvimento e treinamento, incluindo planos de trabalho, planos de carreira e melhores salários. Com isso, o médico contaria com quadro maior de funcionários e equipe multiprofissional para articular os atendimentos.

Outro ponto relevante foi que, com o aperfeiçoamento da gestão de pessoas, a relação médico paciente também melhoraria. O profissional não estaria preocupado com a sobrecarga do trabalho, com os procedimentos reagendados pela carência de vagas ou pela falta de equipe de reabilitação para dar continuidade no tratamento.

Eles ainda insistem que, com melhores salários, o trabalho seria totalmente realizado dentro do Instituto, não havendo a necessidade em se desdobrar em atendimentos em outros hospitais ou em consultório particular. A falta de valorização profissional faz com que muitos médicos vão embora e sejam substituídos cada vez mais por profissionais mais jovens e menos experientes, o que compromete também a missão de ensino do HCFMUSP.

DSC.2F – Gasta-se muito com único paciente I

Eu estou aqui porque eu gosto, se eu sair não entra outro no meu lugar porque essa vaga não é repostada. Naquele assunto de gastar um dinheirão em um remédio que melhora mais ou menos um paciente que você podia gastar em tudo isso. A medicina tem achado mais doenças novas ou diagnosticado mais doenças que eram consideradas doenças raras, mas isso a gente consegue via recurso ou doação, ou parceria com alguns laboratórios que não é uma coisa para sempre, é para alguns pacientes só. Nesse ponto eu acho que a medicina está em um ponto complicado porque a gente cuida de doenças muito complicadas que às vezes precisam de medicamentos muito caros, um paciente só pode às vezes gastar cem mil reais, e poderia tratar muitos outros com umas coisas mais simples. Um exame só, um (exoma) que às vezes pode custar dez mil reais, poder fazer outros milhares de exames simples, mais baratos, é um dilema. Eu não sei quem que decide isso.

[S19, S32]

Dois dos entrevistados levantaram a situação dos gastos elevados com um único paciente dentro do hospital. Na visão deles, com os recursos limitados da saúde e, principalmente no ICr, os valores desembolsados com drogas inovadoras ou direcionadas a doenças raras, com cirurgias complexas ou com exames de mapeamento genético, poderiam ser gastos com a assistência de um número maior de crianças em condições menos complicadas ou com a solução de problemas estruturais do Hospital.

Em relação aos exames genéticos, especificamente, o Parecer CoBi nº 07/2014 descrito, trouxe a situação de um exame genético realizado no ICr, não traria diagnóstico preciso àquela criança. Por isso, sendo uma intuição pública, os recursos têm que serem alocados de forma eficiente, não podendo um paciente ser privilegiado em detrimentos da vida e da saúde dos outros.

DSC.2G – Incorporação de tecnologia

Embora nós estamos vivendo um período de muita ampliação dos recursos terapêuticos disponíveis, das novidades sendo incorporadas no próprio Sistema Único de Saúde, tenho limitações. O Sistema Único de Saúde vai me dar um ferro que eu não tenho à disposição, tem mais efeitos colaterais, é mais chato de calcular posologia, tem que ter jejum para tomar

e no meu consultório privado eu posso usar um ferro que não precisa de jejum, que é mais gostoso, que tem uma palatabilidade melhor mesmo com o preço mais alto. Tem uma certa limitação qualitativa do tratamento, não quantitativa. A medicina evoluiu tendo alguns recursos diagnósticos que são extremamente caros e que a gente sabe que onera demais para serem feitos, mas que eu acho que deveria ter essas liberações.

[S06, S09]

A questão da incorporação de tecnologia foi explorada sob dois aspectos. O primeiro deles em relação à limitação qualitativa do tratamento oferecido ao paciente do ICr. Embora os recursos terapêuticos estejam sendo ampliados e novas tecnologias estão sendo incorporadas ao SUS, muitas vezes a limitação se apresenta no momento em que aquela doença ou aquela necessidade do paciente não é compreendida pela saúde pública como prioridade, ou ainda que seja, as incorporações tecnológicas do SUS não conseguem acompanhar os avanços das indústrias farmacêuticas.

Outro aspecto colocado de uma maneira direta foi que, ainda que recursos tecnológicos da medicina para diagnósticos e terapias sejam extremamente onerosos, principalmente ao sistema público, deveriam ser liberados aos pacientes. Inesperadamente, o entrevistado ao mesmo tempo que reconhece a limitação financeira da Instituição, admite o quanto as novas tecnologias sobrecarregam financeiramente o SUS e, de uma forma um tanto incongruente, mesmo que por amor aos seus pacientes, afirma que esses recursos deveriam ser distribuídos.

Com o Parecer CoBi nº 06/2008, que tratou de incorporação de medicamento biotecnológicos no Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP, foi ressaltado o papel dos profissionais de saúde nas alocações de recursos, que devem ser repensados, inclusive a dispensação de novas tecnologias. No mundo atual seria impossível para qualquer país bancar o financiamento do atendimento de alta qualidade na saúde a todos os cidadãos (RAWLINS, 2011). Com este cenário, a eficácia, a efetividade e custos desta nova intervenção terapêutica tem que ser avaliada.

Assim, três questões básicas impõem-se na análise de uma tecnologia: qual a sua eficácia (funciona)?; qual a sua efetividade (o quão bem funciona)?; e qual a sua eficiência (a que custo)? Respondidas essas questões, ainda há de se considerar o quanto se tem de despendar para atender aos quantos que necessitam da tecnologia em pauta (GADELHA, 2014, p. 62).

De acordo com a ANVISA, para se registrar novo medicamento, este tem que ter estudos randomizados que comprovem sua eficácia e sua segurança, podendo seu uso ser suspenso a qualquer momento quando esses requisitos não foram cumpridos.

A aprovação de nova tecnologia por meio dos estudos clínicos, com material e método definidos e que tenham desfecho compatível com a hipótese, é necessária para se comprove ou não o uso de novos medicamentos ou aparelhos em pacientes. Frequentemente, novos fármacos são aprovados com a ideia de que uma tecnologia mais recente será mais eficaz, porém este conceito de que o mais novo é sempre o melhor, por vezes, torna-se um equívoco. As indústrias vendem esses medicamentos como sendo mais eficazes e tecnologicamente mais avançados do que os disponíveis no mercado e, conseqüentemente mais caros.

O aparecimento de um novo fármaco para tratar aquela mesma doença, sem que sua eficácia seja comprovadamente superior é, por si só, um instrumento de pressão para os serviços públicos, privados e pacientes. Assim, o registro na ANVISA de um novo produto significa apenas que os requisitos técnicos para sua comercialização foram cumpridos, não significando que é mais eficaz ou que sua incorporação no fornecimento de medicamento é obrigatória. (GADELHA, 2014, p. 67).

Após o registro na ANVISA, a avaliação da incorporação de tecnologia é realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que foi criada pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011 e regulada pelo Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011. A CONITEC tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde na incorporação ou alteração de novos medicamentos, produtos ou procedimentos no SUS, e ainda constituição ou alteração de protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas. A Comissão é obrigada a considerar as evidências científicas sobre eficácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento como também a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos daqueles componentes que já estão em uso. O procedimento incluirá também a realização de audiências e consultas públicas se necessárias, e estudos de impacto orçamentário no SUS.

Todo este processo significa que, para que se realize a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por exemplo, são utilizados critérios racionais e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade adequados às necessidades de saúde da população. Cabe ressaltar que todo ato da CONITEC, seja incorporar, excluir ou alterar, é precedido de um processo administrativo com regulamentação e prazo definido.

Por outro lado, quando se tem um medicamento que foi registrado pela ANVISA, mas que por uma questão orçamentária ou outra não será incorporado, tem-se um grande problema, pois este fármaco não está disponível à população de forma equânime.

O modelo de regulação de preços de medicamento usada hoje pela ANVISA é baseado em parâmetros internacionais, principalmente no que se refere ao incentivo à concorrência. Assim, por meio da Lei 10.742, de 6 de outubro de 2003, foi criada a Câmara Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) que, com referências de preços internos e externos e a Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) regula o mercado brasileiro. Essa regulação, além de estabelecer que o ajuste dos preços seria feito anualmente, fixou desconto obrigatório nas compras públicas e medicamentos adquiridos por demandas judiciais (ANVISA, 2017a).

A título de exemplo, de acordo com o Boletim Informativo da Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da ANVISA (ANVISA, 2017b), o Ministério da Saúde até julho de 2017, gastou R\$ 656 milhões para atender a demandas judiciais, entre elas o fornecimento do medicamento *Soliris* (eculizumab). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde iniciou a compra do medicamento *Spinraza* (nusinersena), que é usado para tratamento de Atrofia Muscular Espinhal (AME), atendendo 13 ações judiciais. O laboratório venderia o referido medicamento por R\$ 420 mil por ampola, mas com a regularização do preço, a ampola passará a ser comprada por, no máximo, R\$ 209 mil.

Porém, o ponto chave, quanto à regulação da CMED, é que um novo medicamento não pode ser mais custoso que aquele já existente no mercado para a mesma doença se não for comprovadamente mais eficaz, efetivo e seguro. De acordo com a própria ANVISA (ANVISA, 2013), dos 433 novos medicamentos que entraram no mercado entre os anos de 2004 e 2011, 97% não apresentaram ganhos terapêuticos em relação àqueles já existentes no mercado.

Desta forma, levanta-se a hipótese de que nem sempre aquilo que é novidade no mercado é o melhor. Colocar um medicamento novo à disposição da população também significa que eventos adversos ou efeitos colaterais foram avaliados por aqueles que o prescreveram.

Outros discursos

No mesmo sentido do que foi colocado no parágrafo anterior, outro ponto que chama atenção é exatamente como os recursos da Instituição podem limitar a missão acadêmica não só em relação aos profissionais que desempenham o papel de professor, mas também em relação à prática da medicina.

Você estando em uma Instituição de ensino também de ponta, esse seria um sonho ideal poder usar melhores exames, melhores medicamentos para poder inclusive comparar com a literatura de fora, ter exames disponíveis rápidos para fazer um diagnóstico, um follow-up. Então como é que eu vou comparar com a literatura a melhora de uma medicação se uma colonoscopia que só tem vaga para daqui um ano.

[S32]

Por fim, é interessante trazer a colocação do entrevistado em relação as limitações que os recursos trazem à sua profissão: *acho que para serviço público a gente se vira; as vezes a limitação faz com que a gente seja mais criativo. Acaba tentando achar uma segunda, terceira opção.*

[S22]

PERGUNTA 3 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

Você conhece as regras e/ou recomendações da Instituição que tratam da prescrição? Se sim, as regras/recomendações influenciam na sua tomada de decisão?

DSC.3A – Não existem influências ou limitações

Acredito que sim, o que é preconizado pela ONA, questão de prescrever, prescrição ser dupla checagem, checado por dois médicos, maneira de prescrição o que que deve estar escrito, o que não deve. Conheço, mas nunca li. Sei que eu só posso prescrever oficialmente o que é do HC, a gente vê no site. Não lembro disso ter sido um grande limitador, mesmo eventualmente drogas muito fora do padrão, tem possibilidade de pedir e ser autorizado a compra. Eles estão pedindo para a gente fazer prescrição eletrônica agora e geralmente quando a gente prescreve de alguma maneira diferente a farmácia avisa a gente. Acho que são regras válidas. Na tomada de decisão não, mas na rotina influenciam. Por exemplo, horário de liberação de prescrição ou alguma alteração que a gente tenha que fazer na hora de prescrever por conta da farmácia despendar ou não medicamento para a gente. Elas influenciam porque gente tem que saber tudo o que eu escrevo em receita o hospital é obrigado a fornecer. Então eu não posso escrever na receita, um exemplo, papinha da Nestlé. Não limita, pontua.

[S01, S02, S07, S10, S15, S21, S24, S26, S28, S31]

O direito à saúde no Estado Democrático de Direito tem característica individual, o qual protege a liberdade, como também o direito coletivo o qual protege a igualdade. Há que se fazer a observação de que o medicamento é um objeto híbrido, sendo ao mesmo tempo uma mercadoria e um bem sanitário. Assim, faz com que ocupe questões contratuais clássicas, com suas características mercadológicas e questões associadas aos direitos sociais (DALLARI, 2010).

Pode se fazer uma pequena intervenção aqui para uma discussão se o direito ao medicamento pode ou não ser confundido com o direito à saúde. Embora ele não possa atuar de forma isolada em determinantes biológicos, tampouco nas condições ambientais do ser humano, ainda sim é parte fundamental e essencial às ações de saúde, contribuindo para prevenções e tratamentos. Por isso há a necessidade de controle, atenção, por parte do Estado em políticas de preço, distribuição e fiscalização do acesso aos medicamentos. Os fármacos possuem importância econômica e social (DALLARI, 2010, p. 65).

Por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos, na qual, dentre suas justificativas, estava a falta de prioridade do profissional médico em adotar os produtos padronizados constantes na Relação de Medicamentos Essenciais(RENAME) , somado ao uso irracional e desnecessário de medicamentos pela população brasileira. Assim, foram colocadas como diretrizes dessa Política a adoção de relação de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998). A RENAME foi elaborada para atender os princípios do SUS, contendo os medicamentos que são disponibilizados para o tratamento de doenças que acometem a população, sendo construída de forma articulada e democrática, com a avaliação de eficácia, efetividade, segurança, custo, características epidemiológicas e etc.

Cabe dizer que, dentro dessa Política de Medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico está contemplado e incentivado, inclusive no que se refere a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor. Além de deixar consignado o processo de revisão permanente e incorporação de novas tecnologias, o estímulo às articulações entre as instituições de pesquisa e a universidade é muito relevante ao HCFMUSP. Inúmeras pesquisas clínicas acerca do uso de novos medicamentos, novas tecnologias cirúrgicas ou

terapêuticas são realizadas nos diferentes institutos, por meio da indústria farmacêutica ou patrocínios por meio de bolsas de pesquisa.

Ainda sobre as diretrizes postas, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos também se mostra muito relevante a presente discussão, pois engloba somente o treinamento com habilidades específicas ao manejo dos fármacos, mas também a promoção o uso racional de medicamentos. O uso racional, por sua vez, não se refere somente à adequação de doses ou prescrições de acordo com diretrizes clínicas, mas também ao desperdício financeiro e o tema orçamentário que a dispensação farmacêutica agora engloba. E a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, publicada por meio da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Ministério da Saúde, dispôs que a Política envolve conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade equidade (BRASIL, 2004).

DSC.3B – Existe a influência, mas existem alternativas

*Temos que conhecer. Os residentes são apavoradíssimos com essa ideia: eu não posso escrever um tratamento de *** porque um paciente pode sair daqui e pode judicializar. Mas eu não acho ético um paciente sair daqui sem o seu tratamento. Eu conheço as regras da Instituição, as respeito no máximo que eu posso oferecendo o que tem aqui. *** é um tipo de arsenal terapêutico que no prédio de pediatria não é entendido como prioritário e eu sei que a orientação é não prescrever coisas que não existam a disponibilidade aqui, mas nesse caso eu preciso. Às vezes a gente tem que burlar, mas isso é uma forma completamente não oficial porque é necessário, a família tem disponibilidade e sabendo que não há questão daqui, então se quer comprar, ok. Mas nós sabemos e tentamos responder e respeitar as regras. O não padronizado a gente acaba usando, então, teoricamente não limita, eles mandam comprar, daí demora umas duas semanas para chegar; estendendo bastante o tempo de internação. Às vezes tem uma frequência muito alta de falta de alguns medicamentos, a gente tem que escolher outra estratégia. Na medida do possível a gente tenta ajustar. Se ele tem condição, a gente acaba prescrevendo porque sabe que é melhor para o paciente. As regras relacionadas à segurança influenciam para o bem.*

[S06, S08, S11, S16, S17, S18, S20, S22, S30]

Alguns dos entrevistados, ao falarem sobre a proibição da prescrição de medicamentos que estão fora do Guia Farmacoterapêutico, logo em seguida, acrescentaram sobre as alternativas que encontram dentro do ICr. Como opções levantadas por eles, por vezes, é requisitada à Diretoria Executiva do Instituto a compra de medicamento específico que não possui substituição na lista em questão. Ou de forma extraoficial, é apresentada aos pais de pacientes que possuem condições financeiras a opção de outro medicamento que pode ser adquirido de forma particular em uma farmácia. Seja qual for a opção escolhida, o tempo de espera do paciente para receber o tratamento é o fator mais difícil de se lidar.

No Parecer CoBi nº 08/2004, o parecerista afirma que os médicos, tendo em vista seu contrato de trabalho com a Instituição, devem seguir o Regulamento do HCFMUSP e portanto não prescrever medicamentos que não constam no Guia Farmacoterapêutico, porém haveria situações em que essa possibilidade deveria ser repensada, caso a caso, como são os casos dos medicamentos *off-label*.

Em relação às prescrições fora dos padrões, conforme levantado pelo próprio sujeito de pesquisa, quando o medicamento, insumo ou a terapia não estão disponíveis no Instituto e mesmo assim são prescritos, existe o risco da judicialização pelo paciente. O Poder Judiciário é acionado para executar aquilo que o saber médico propôs e o Poder Executivo não conseguiu cumprir. Tal propositura pode correr o risco de ser descabida na medida em que pode relacionar-se com prescrições incorretas, sem evidências científicas, com influência das indústrias farmacêuticas ou, ainda, falta de preparo do profissional em se valer de outros meios para realizar o tratamento.

Recorrer ao judiciário quando o direito está garantido na Constituição é um "paradoxo", uma vez que as políticas de saúde são desenvolvidas em espaço democrático, que envolvem sociedade civil e poderes Legislativo, Executivo e Judiciário em suas decisões.

Os conflitos gerados entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS, na fala dos sujeitos são explicitados pelo apavoramento, pelo sofrimento com o tempo decorrido da compra do medicamento ou ter que direcionar pacientes para uma possível compra em farmácias, são provenientes de um contexto que inclui falta de recursos, avanços tecnológicos e interesses de indústrias.

A justificativa para a prescrição fora dos padrões governamentais ou da instituição está baseada principalmente no Código de Ética Médica (CEM), especialmente quando se trata de autonomia profissional. O médico não sendo obrigado a cumprir com restrições, imposições ou serviços que contrariem sua consciência, no momento em que estas trouxerem dado à saúde ou prejudiquem seu trabalho.

No entanto, esta justificativa torna-se única quando confrontada com os demais preceitos tratados no próprio Código ou em outras normas. Questões como princípios bioéticos da alocação de recursos, as regras técnico científicas da incorporação tecnológica ou ainda leis que regem outras profissões como o do servidor público não são consideradas (GADELHA, 2014). Além disso, o CEM também traz como princípio fundamental a responsabilidade do médico com a saúde pública, educação e legislação sanitária, assumindo a responsabilidade de melhorar os padrões médicos. Os valores éticos e morais estão igualmente colocados de forma obrigatória à prática.

DSC.3C – Influencia

Influenciam sim em algumas questões. Algumas coisas a gente não pode prescrever porque não estão disponíveis. Como funcionária eu preciso segui-las.

[S03, S05, S05, S13, S32]

O HCFMUSP possui regras quanto à prescrição de medicamentos. Estes só poderão ser prescritos se constarem no Guia Farmacoterapêutico do Hospital. Se não constarem, há a necessidade de um pedido formal emitido pelo médico assistente e assinado pelo médico chefe do grupo, com encaminhamento ao serviço de farmácia do Instituto em que se encontra para avaliação de evidências clínicas que justifiquem essa compra excepcional. Para que um medicamento seja incluído no Guia, deve-se solicitar a alteração da padronização do medicamento e direcioná-la diretamente à Diretoria Clínica do Complexo. Os andamentos dos pedidos podem ser acompanhados pelo Portal do Medicamento como descrito anteriormente.

Quando prescritos estes medicamentos que não estão no Memento do HCFMUSP e por isso não são disponibilizados aos pacientes, e correm o risco de serem judicializados. As ações podem ser em face da Fazenda Pública, da Secretária de Estado da Saúde ou do próprio HCFMUSP. Recorda-se que, conforme explicitado, as ações judiciais com prescrições advindas de médicos do HCFMUSP e cumpridas pela Fazenda Pública, são descontadas do repasse orçamentário mensalmente desde 2016.

No Parecer CoBi nº 08/2004, o parecerista chama atenção de que prescrições fora do Guia Farmacoterapêutico trazem desequilíbrio de recursos financeiros, uma vez que se judicializadas, traria a obrigatoriedade para o HCFMUSP de compra e de fornecimento do fármaco específico, deixando de atender um número maior de pacientes. A atualização do Guia,

racionalização e normatização de prescrições eram ações da Diretoria Clínica já naquele momento.

Com o advento da Lei nº 12.401, em 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde, em seu artigo 19-M, houve a delimitação do que seria a assistência farmacêutica no âmbito do SUS e define como assistência integral aquela oferta de medicamentos constantes na tabela do Sistema Único. Em consonância, o artigo 19-T, traz a vedação, em todas as esferas de gestão do sistema único, da dispensação, do pagamento, do ressarcimento ou do reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na ANVISA. Esta configura basicamente a única negativa, em outras palavras o único limite, em relação ao fornecimento de medicamentos, procedimentos e outros produtos no poder público.

Por outro lado, a referida lei em seu art. 19-N, trouxe a definição de produtos de interesse para saúde (órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos) e a definição de protocolo clínico e diretriz terapêutica. Em relação aos protocolos e diretrizes, diz que são documentos que estabelecem critérios para diagnóstico de saúde ou agravos, preconizando medicamentos e demais produtos apropriados, com posologia recomendadas com controle clínico.

Ocorre que esta definição legislativa a uma circunstância complexa pode ser um problema. De certa forma, os gestores do SUS ou mesmo o Poder Judiciário, poderiam utilizá-la como uma outra forma de limitação. Insumos como água termal, talco, sabonete de certa marca ou papinha industrializada, poderiam ser excluídos baseado no argumento de que não correspondem à promoção do bem-estar justamente por não serem medicamentos e assim, não integrarem a assistência farmacêutica. No entanto, a presente justificativa não se sustentaria, por exemplo, em relação aos suplementos alimentares que são basilares para o tratamento de diversas doenças. Não importa se são considerados fármacos ou produtos, eles fazem parte do recurso terapêutico preconizado na lei.

Voltando ao pagamento e ressarcimento de medicamentos tratados no art. 19-T, um ponto relevante foi a Resolução – RDC nº 8, de 28 de fevereiro de 2014, da ANVISA, que autorizou a importação dos medicamentos constantes na lista de medicamentos liberados em caráter excepcional destinados unicamente ao uso hospitalar ou sob prescrição médica, cuja importação esteja vinculada a uma determinada entidade hospitalar e/ou entidade civil representativa ligadas à área de saúde, para seu uso exclusivo, não se destinando à revenda ou ao comércio.

A ordem judicial condenando um gestor do SUS a fornecer um produto que não está previsto em políticas públicas, seja pela falta de registro na ANVISA ou por não estar padronizado, torna-se um problema orçamentário. O planejamento assistencial farmacêutico está baseado em protocolos e padrões discutidos entre gestores, poder públicos e sociedade, com base no interesse público. A partir do momento em que as ações desenvolvidas pelo estado são particularizadas, o planejamento em larga escala torna-se extremamente dificultoso.

Quando se fala em medicamentos sem registro na ANVISA e os importados, há ainda a delicada questão da negociação do preço com a indústria farmacêutica, uma vez que há o impedimento do processo licitatório para a compra do produto. Dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) mostram que 90% dos pedidos de incorporação são de demandas das indústrias farmacêuticas, que buscam tornar seu medicamento em política pública, tendo em vista que o maior comprador é o SUS (NOGUEIRA, 2015). Para se ter uma ideia, de acordo com o anuário estatístico do mercado financeiros, publicado pela ANVISA em 2016, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED o mercado de medicamento no Brasil movimentou R\$ 63,5 bilhões no setor industrial, sendo um dos maiores mercados de medicamentos do mundo com 4,5 bilhões de unidades por ano (ANVISA, 2016)

Para a tentativa de concretizar a universalidade e a igualdade nos serviços farmacêuticos, há a necessidade para aqueles que ingressam na rede pública de se submeter aos procedimentos técnicos administrativos de acesso racional aos medicamentos. Tais mecanismos, representam o regime jurídico do SUS no campo farmacêutico, regulam e garantem a integralidade do sistema. A desigualdade do acesso ao sistema é provocada por decisões pontuais e fragmentadas (MAPELLI JÚNIOR, 2015).

Recentemente, em 22 de maio de 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu por desobrigar o Estado a fornecer medicamento sem registro na ANVISA, nos autos do Recurso Extraordinário nº 657.718. Apreciando o tema 500 da repercussão geral, o STF concluiu pela constitucionalidade do citado artigo 19-T da LOS que, embora vede o pagamento, ressarcimento e reembolso dos medicamentos experimentais, não se trata de negação ao direito fundamental à saúde, “trata-se de analisar que a arrecadação estatal, o orçamento e a destinação à saúde pública são finitos”. O Ministro Alexandre de Moraes acrescentou em seu voto que com a judicialização excessiva, para cada liminar deferida, valores que seriam destinados a uma coletividade são retirados de políticas públicas, afastando o caráter de universalidade e dando seletividade para aqueles que obtêm decisão judicial. O Plenário fixou as seguintes teses:

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 nº 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; e
 - (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União (STF, 2019).

Conforme citado, em 2011 a Diretoria Clínica divulgou o Comunicado que tratou da autonomia do médico na prescrição, afirmando que estes profissionais estão sujeitos à Resolução CFM nº 1481/97. Nesse sentido todos devem seguir o Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP, podendo sofrer medidas punitivas pelo não cumprimento. Estas medidas administrativas são cabíveis de acordo com o Parecer CoBi nº 08/2004. Cabe lembrar que a Cartilha do *Compliance* reafirma essa regra institucional.

A autonomia pode ser trabalhada sob dois aspectos, a do profissional médico e a do paciente. O poder de escolha do médico em prescrever aquilo que entende ser mais adequado e do paciente em poder escolher qual medicamento ou procedimento está de acordo. Por um lado, esta autonomia é limitada, por exemplo, quando não há a possibilidade de se apresentar todos e quaisquer medicamentos existentes para aquele tratamento. A impossibilidade de dominar todas as técnicas e de conhecer todos aqueles procedimentos no mercado faz com que o poder de escolha tanto do médico prescritor quanto do paciente seja delimitado.

Outro aspecto é que esta autonomia é diminuída quando existe a dicotomia entre o aumento de custos de novas formas de tratamento e os limites financeiros sejam governamentais ou individuais. Como também, considera-se equivocado tratar a prescrição como instrumento incontestável, baseando-se no fato de ser pautada na livre escolha e ética do profissional. Infelizmente, esta tem sido a postura do Poder Judiciário. Aquele que teria o papel de contestar ou de equilibrar os interesses, trazendo à discussão as incorporações de tecnologias e racionalidades de gestão, não o faz (GADELHA, 2014, p. 68).

DSC.3D – Imposições sofridas pelos médicos

Eu nunca aceitei fazer alguma medida para pedir os mais caros e a gente sabe que os laboratórios vêm me pedir para eu, como médico que tenho um ambulatório disso, prescrever

*esses para a instituição comprar. Eu sou contra. Você tem algumas medicações que são *** produzidos especificamente por um laboratório, algumas drogas são importadas, elas são muito caras, se você tiver opções mais baratas e um pouco menos eficientes, às vezes você recebe uma pressão pra dizer: não dá. Aqui dentro do Instituto a gente só pode prescrever o que está no bulário do instituto. As vezes complica a prática da gente porque as necessidades das crianças que a gente atende vão além do bulário HC e aí a gente é treinado para não prescrever, ou no máximo para orientar que pode haver outro recurso e o HC diz que ou ameaça a gente dizendo que a gente pode vir a ser a figura a ter que prover isso. Eu estou falando de necessidades básicas. Então eu tenho que ensinar essa mãe a ir para o SUS e defender o direito dela de retirar as fraldas. Cadeira de rodas, o instituto de ortopedia hoje tem uma fila que vai além dos cinco anos, então a gente também dá orientações para que a mãe vá reivindicar a cadeira de rodas. Eu acho que o HC não precisa prover tudo mesmo, mas é um pouco esquisito a gente fazer prescrições orais e não poder registrá-las para até facilitar o caminho das pedras. Elas assustam um pouco na verdade, porque alguns medicamentos a nível ambulatorial que não tem, se você não tomar cuidado de checar antes, pode entrar nessa parte de judicialização, existia até um terrorismo que dizia: se fizer isso, quem vai pagar é você. Sente que você está pisando em ovos e que o campo minado é que a instituição não se importa muito com você, não importa que salvou a vida da criança. A instituição tem uma postura tão antipática para os médicos. Isso é uma coisa que a gente acaba lidando nos últimos anos, porque cada vez mais a medicina está sendo de precisão, mais medicamentos específicos e, portanto, mais caros. Tem que ter um entendimento entre a indústria que produz e o governo porque o que não dá é o médico ser o obstáculo para o paciente. Então eu sinto que o profissional é o anteparo da instituição para dizer não posso dar essa receita. A instituição fala que se a gente prescrever está indo contra a cartilha da instituição, mas o paciente se a gente não prescrever vai dizer que a gente está indo contra a cartilha do dever médico, nós não somos culpados que existe a doença, nem que existe o tratamento e nem que existe uma verba, a sociedade tem que se entender sem colocar o médico na linha de frente.*

[S14, S19, S23, S27, S29]

Como já respondido pelos próprios entrevistados, as indústrias farmacêuticas pressionam os profissionais em diferentes aspectos. Quando questionados especificamente sobre os medicamentos na espera que haveria relatos deste tipo, surpreendentemente apenas um médico contou sofrer certo tipo de assédio.

As indústrias farmacêuticas utilizam o meio acadêmico para disseminar seus produtos, sendo o profissional o canal para que a mensagem chegue ao consumidor final. O meio é propício para influências mediante patrocínio de eventos, palestras e congressos. Além disso, há o risco de interesses empresariais serem favorecidos quando os pacientes que utilizam um medicamento tornam-se possíveis autores de demandas judiciais.

No ICr este cenário é menos evidente, pois existem ações que coíbem tal prática. A título de exemplo, dentro do HCFMUSP a propaganda médica-farmacêutica foi normatizada pela já citada Ordem de Serviço nº 39/2010. A troca de conhecimento entre a indústria fabricante e a utilização da droga no tratamento é proveitosa à Instituição, desde que respeitadas as normas éticas.

Outro exemplo é a proibição do aceite de convites nominais a eventos patrocinados por indústria com cunho comercial, descrito no Código de Conduta Funcional, no já citado artigo 17. A autorização é apenas para aqueles convites direcionados ao departamento como um todo e que, posteriormente, por critérios estabelecidos dentro do próprio corpo clínico como qualificação, meritocracia e outros, será escolhido o profissional que participará do evento em questão. Estas normas são reafirmadas pela Política de *Compliance* da casa.

O próprio Código de Ética Médica em vigor traz a vedação em seu artigo 20 de permitir que interesses pecuniários ou de quaisquer outras ordens, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade (CFM, 2018).

Da mesma forma, alguns prescritores relataram a pressão sentida pela própria Instituição de como deveriam agir em relação às prescrições dos pacientes. O discurso colocado como tom de ameaça, de que o insumo judicializado pelo paciente seria custeado inteiramente pelo médico prescriptor, foi ouvido pela pesquisadora não somente no momento da entrevista formal como também de vários outros médicos em momentos de confidências antes ou após o uso do gravador. Para estes profissionais, a prescrição assinada por eles, se judicializada, os colocariam no polo passivo da ação, obrigando-os ao fornecimento do medicamento ou insumo deferido em juízo.

Ainda para ilustrar como o médico prescriptor se enxerga em meio às pressões exercidas pela indústria farmacêutica e pela Instituição, destaca-se a fala do Sujeito 14 que identifica ser conflitante o dever de cumprir o determinado pela Instituição em que trabalha e, ao mesmo tempo, cumprir o descrito na cartilha do Código de Ética Médica.

Neste sentido, o já descrito Parecer do CoBi nº 03/2004, vai ao encontro e traz mais uma vez à baila a relação entre a autonomia do profissional e o limite de sua atuação frente as

regras da Instituição. As orientações que foram dadas eram ações do HCFMUSP, que ainda estão vigentes, na tentativa de que a judicialização para fornecimento de medicamentos não acontecesse. Naquele momento, havia uma preocupação para conscientizar e promover da importância da prescrição dos medicamentos padronizados. Hoje, a judicialização da saúde não é apenas um fenômeno que está se iniciando e, por isso, não cabe mais somente a conscientização de profissionais. São necessário ações efetivas que busquem o melhor para o paciente em relação aos recursos finitos do HCFMUSP. Deste modo, a proibição da prescrição de medicamentos e insumos que não estão contemplados na lista da Instituição é compreensível.

No momento em que se coloca a via judicial como mais um meio de se garantir o acesso à saúde, alguns conceitos teóricos do SUS são corrompidos. (RAMOS, et al., 2017, p. 20). A busca pelo atendimento ao direito à saúde por meio do Poder Judiciário faz com que o princípio da equidade seja quebrado, uma vez que para cumprir as decisões judiciais há necessariamente a alocação de recursos. Tais decisões judiciais são fundamentadas por uma prescrição médica, especializada e este agente, o médico prescritor, ainda é pouco examinado, o que torna ainda mais complexo este meio de se concretizar o direito à saúde.

DSC.3E – Orientações da administração

Acho que não com todos os detalhes que eu deveria saber, o que pode ser prescrito é só o padronizado, a gente sempre dá uma consultada com alguma autoridade competente porque é difícil para o médico saber tudo o que pode e o que não pode ser prescrito dentro do complexo. A instituição tem pegado bem pesado nas regras de prescrição de pouco tempo para cá. Eles estão orientando melhor como prescrever as coisas, o que o sistema vai limitar ou não, senão a gente não pode cobrar e receber do SUS.

[S17, S25]

O Portal do Medicamento está disponível na *intranet* do Complexo conforme já descrito. É nessa página, que as dúvidas mais técnicas de prescrição podem ser sanadas e o Guia Farmacoterapêutico do HCFMUSP também pode ser consultado. O impedimento se apresenta no quão desatualizadas são as informações constantes no site, podendo trazer certa insegurança de que o Portal seja um meio seguro de consulta. Porém, em contrapartida, a *intranet* do ICr, por meio de seu portal, pode ser um dos meios para as informações sejam buscadas.

Enquanto observavam-se os atendimentos ambulatoriais de algumas especialidades, foi constatado que os médicos do ICr também têm disponível em seus computadores outros *softwares* que dão acesso aos medicamentos que estão disponíveis no estoque da farmácia. É possível consultar se aquele fármaco está em falta, se houve substituição e qual a posologia com que se apresenta. Isso permite que o prescritor seja informado em tempo real e que possa modificar a receita para adaptá-la aos insumos disponíveis. Um dos motivos dessa ocorrência seria a habitualidade em que os profissionais acessam seus e-mails corporativos ou a forma que os comunicados são difundidos.

Foi observado também que muitas das informações acerca dos medicamentos em falta são passadas de boca-a-boca entre os profissionais. A notícia corre entre os enfermeiros, farmacêuticos, internos, residentes e médicos assistentes. Comumente, no momento da prescrição, um dos residentes ou outro profissional, que tinha a informação sobre aquele fármaco advertia a equipe. Nas enfermarias, essa informalidade era mais aparente.

Em relação às regras e orientações da Instituição, foram apresentados os Memo AFA nº 440/2010 e Memo T-5 nº 889/2010, ambos da Divisão da Farmácia do ICHC, que tratam de questões técnicas da prescrição de medicamentos. Conforme já descrito, tais Memorandos orientavam, por exemplo, qual o órgão que forneceria os medicamentos em questão e, com isso, até mesmo os formulários usados para sua requisição foram modificados. Além disso, as regras de prescrição podem ser consultadas na *intranet* do ICr e no Portal de Medicamentos.

PERGUNTA 4 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

Você sente dificuldade em realizar sua missão como médico dentro do ICr? Se sim, quais e de que forma?

DSC.4A – A missão é cumprida

Eu não sinto. Eu tenho um privilégio de trabalhar em uma área que me permite negociação, flexibilização, pequenos ajustes. A minha limitação aqui ela não implica falha na minha missão. Em uma unidade da periferia que tem uma demanda enorme de atendimento, esgotamento dos itens de prescrição básicos e eu tenho paciente que não tem dinheiro para comprar uma medicação de lavar nariz, aí eu sinto que a missão de ajudar fica comprometida. Mas aqui a gente acha caminhos alternativos, a gente consegue fazer e atuar melhor sem nenhum tipo de restrição. Me exige criatividade e obviamente a gente sofre de algumas

restrições. Eu posso dar um exemplo, se eu tiver no pronto socorro com três, quatro, cinco pacientes muito graves e não tiver vagas na UTI, às vezes me obriga a fazer escolhas de quem eu vou mandar para a UTI ou tentar uma vaga fora. Mas o paciente que fica lá embaixo ele não vai deixar de ser cuidado, talvez eu não possa oferecer para ele o que a Instituição tem de melhor, mas a gente chama a equipe, pede ajuda, troca informação. Aqui, apesar de tudo a gente conta com muita boa vontade das pessoas, tem algum recurso meio limitado, mas eu nunca vejo ninguém se recusar a fazer, a tentar, a gente sempre consegue de um jeito ou do outro. Acho que quem trabalha no ICr tem um certo privilegio porque é uma instituição de ponta. A minha missão principal é assistencial e ensino, e eu acho que agora ela está bem suprida nisso. De assistencial eu praticamente consigo praticamente tudo.

[S01, S06, S15, S16, S20, S21, S22, S24, S25, S26, S28, S29, S30, S31]

Inversamente proporcional, estão os prescritores que afirmam não sentirem dificuldades em realizar sua missão como médico dentro do ICr. Além disso, grande parte deve isso ao próprio Instituto que, mais uma vez, é colocado em lugar de destaque pelos funcionários. As limitações não são entendidas como falha do cumprimento da missão, pois outros caminhos são encontrados. Percebe-se um imenso amor à Instituição e, principalmente, à profissão traduzida a todo momento pela forma com que os obstáculos são superados diariamente.

DSC.4B – A falta de alguns elementos estruturais dificulta o cuidado

*E eu acho que as questões dos bipaps também é um grande limitante. Tenho paciente morando aqui. A mãe fica aqui porque não tem bipap para levar para casa e não tem equipe para fazer a assistência em casa. Falta às vezes o exame, às vezes tem uns ambulatórios muito cheios, às vezes preciso encaminhar um paciente para uma determinada especialidade e essa especialidade não pode atender por falta de vaga. Então isso acontece muito com alguns exames, tem vaga para daqui há muito tempo. Acaba pedindo para o colega médico para um encaixe e assim, geralmente a gente consegue. Às vezes eu fico *** por ser chamada para uma reunião administrativa quando a questão da assistência está precisando. Sinto falta de pessoal. A gente tinha que ter um número suficiente de pessoas para dar conta com qualidade de serviço, paciente em primeiro lugar e depois vem a cobrança de fazer ensino e pesquisa. Justamente por existir hoje uma preocupação maior com o custo é difícil quando você tem um*

padrão muito rígido que as exceções sejam contempladas. Isso te prejudica em fazer o que você considera que seria interessante e importante naquele momento. Preciso de equipe multidisciplinar que eu não tenho, fisio, fono, psíquico e para os pais de pacientes que eu precisava da psicoterapia. Às vezes é pelo tempo que leva para conseguir alguns exames, dificuldade de encaminhamento porque todo mundo referencia os pacientes para cá, mais várias interconsultas no sistema online são negadas e a gente fica sem ter para onde referenciar. A rede básica também não atende, a rede secundária e primária não absorvem. Vou atender sem condição física do ambulatório. É um risco muito grande para as pessoas na linha de frente, são pouquíssimos médicos assistentes que fazem, geralmente é residente. A gente vê que teve excesso de paciente pela relação, paciente/enfermagem inadequada pela relação médico/paciente inadequada, a gente não mantém um controle adequado das crianças. O HC não tem capacidade de atender todos os pacientes que atende.

[S03, S07, S08, S09, S10, S13, S17, S19, S25, S32]

Quase metade dos médicos afirmou sentir dificuldades em realizar sua missão. Pontos já levantados como falta de equipes maiores, com multidisciplinariedade, falta de agilidade para agendamentos de exames e falta de insumos aos pacientes foram descritos novamente. Ademais, questões administrativas, como reuniões da alta chefia, que ainda não tinham sido citadas, nesse momento, foram apontadas como dificultadoras.

PERGUNTA 5 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

O que você acha que o HC/ICr poderia fazer ou o que você acha que ele tem feito para melhor as dificuldades enfrentadas por você?

DSC.5A – Gestão de pessoas e contratação de equipe multiprofissional

Faltam certas pessoas de equipe multi que limitam meu trabalho como médica, limita o tratamento e acompanhamento daquele paciente. Às vezes que a gente fica em embates legais com as mães. Eu acho que falta uma equipe forte aqui no Instituto, facilitaria ter uma equipe multi em um lugar tão complexo como o HC. Ter mais fisioterapeuta, mais psicólogo, psiquiatra, fono, até outras coisas tipo doutores alegria, cão terapeuta, música, atividades com as crianças seria legal, nutricionista e assistente social. Acho que dava para aumentar a quantidade. Eu não acho que o ICr tem que necessariamente suprir uma falta que é da rede toda, mas dava para contratar um pouco mais de gente para algumas coisas. Eu acho que

acaba ficando todo mundo muito sobrecarregado em diversas. Aqui, por exemplo, a gente está com falta de anestesta, aí isso acaba diminuindo o número de cirurgias. Em relação ao atendimento ambulatorial, prescrição de medicação, está tudo bem, a parte de enfermagem, de internação também. Mesmo a gente sendo terciário a gente precisa de uma rede secundária. Acho que deveria priorizar muito o funcionário também, não só o paciente. Acho que falta um pouco mais do que a gente acha que pode mudar nessa parte de carga horária, de rotina, o quanto que a gente sofre de pressões ou influências de outras coisas, podia ser uma coisa um pouquinho melhor observada. Eu acho que todo mundo aceita a limitação de não ter dinheiro para medicação A ou B, mas o que indigna as pessoas é a gestão de recursos e a gestão de funcionários. Não existe recurso público suficiente para ter uma contratação adequada, você tem uma contratação super distorcida aqui no HC que metade é funcionário público e metade não é, não contrata funcionário suficiente. Não adianta você querer ter um material de ponta se você tem no plantão às vezes um técnico de enfermagem com oito bebês de UTI. Tem que investir em profissional, em remuneração melhor, em números de pacientes, relação profissional/paciente adequado, treinamento adequado. Acho que o grande stress daqui também do HC é que os médicos ganham pouco e acabam tendo que complementar o salário em outros lugares e isso atrapalha o rendimento. Acho que falta comunicação entre as equipes, porque é tudo muito grande. Isso é um desafio. Eu acho que o sistema ele é muito engessado, tudo é muito complicado, essas coisas de pregão, licitação, etc., nesse ponto eu acho que o médico é muito pouco ouvido. Eu acho que às vezes a gente precisa como Instituição pública, realmente uma parceria com o Ministério Público ou algum tipo de amparo.

[S01, S02, S04, S08, S11, S12 S15, S17, S19, S23, S24, S25, S28, S32]

No entendimento dos médicos entrevistados, a mais significativa medida que o HCFMUSP/ICr poderia tomar seria a melhoria da gestão de pessoas, principalmente a contratação de equipe multiprofissional. Faltam outros profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e enfermeiros e até médicos anestestistas.

Eles afirmam que a ausência desses profissionais acarreta problemas como número de cirurgias reduzido, aumentando o tempo da fila de espera para o procedimento ou a evolução do paciente quando questões psicológicas e psiquiátricas não são tratadas.

Nos encontros que foram presenciados pela pesquisadora nos meses que antecederam as entrevistas, o papel que o assistente social exercia nas enfermarias foi de suma importância para o desenvolvimento daquelas crianças.

Como ilustração, em determinado encontro, a mãe trouxe uma criança de um pouco mais de um ano e meio ao ICr com uma espécie de infecção no acesso ao respirador mecânico. A família e o bebê haviam tido contato com a água contaminada das enchentes que atingiram a cidade de São Paulo dias antes. A assistente social presente no atendimento contou que a família havia perdido tudo e a casa estava em estado de calamidade, portanto não tinha a possibilidade de cuidar devidamente da criança. Nessa situação, não adiantaria somente a troca do cateter, medicação para a contaminação e alta médica posterior. O papel da assistente social foi de ajudar a família, nesse interim, a encontrar um local seguro ainda que fosse a casa de parentes, que pudesse receber a criança com o respirador mecânico, pois a mãe não tinha condições fazer esta articulação. Se não fosse por esta profissional, neste caso específico como em tantos outros, além dos riscos aos quais o paciente estaria exposto, o tempo de internação seria maior, as chances da criança voltar com uma piora no quadro clínico aumentariam e ainda correria o risco da perda do aparelho, muito escasso na rede pública de saúde.

Quando se fala em um centro de ensino e referenciado, com expressivo número de especialidades, pensa-se em condutas e procedimentos compatíveis com o alto nível técnico. No entanto, o cuidado com o paciente em meio às rotinas, pode se dissipar. Esta abordagem multidisciplinar dentro de um hospital pediátrico tem como objetivo fornecer atenção integral à criança e ao adolescente. O paciente e seus familiares vivenciam aspectos subjetivos e emocionais ao mesmo tempo em que convivem no ambiente hospitalar com comportamento técnico científico (VALENTE, VIEIRA, et al., 2006, p. 164-165).

Além da questão da contratação de pessoas, foi levantado que a gestão de pessoas pode ser melhorada. De acordo com os entrevistados, ela envolve treinamento das equipes, diminuição de cargas horárias e melhores salários que, como já foi exposto, fariam com que os profissionais pudessem ter dedicação exclusiva ao ICr, sem a necessidade de dividir sua carga horária com outros serviços de saúde, se sentindo valorizados e melhorando o rendimento no Instituto.

Nesse sentido, as Fundações de Apoio, como a FFM dentro do ICr, também assumem papel importante. Com a estagnação dos concursos públicos realizados pelo Estado, e também por serem os salários menores do que os pagos pelo mercado de saúde privada, tem sido necessário recorrer-se às admissões fundacionais para suprir as lacunas. Mesmo assim, percebe-se no DSC dos médicos prescritores que não tem sido em números suficientes.

DSC.5B – Descentralização de atendimento

Teria que ter fisio perto da casa das pessoas, não é para centralizar aqui, porque também não dá conta e foge um pouco do limite do HC. De nada adianta conseguir mais coisas se a rede tiver desestruturada, aqui é um centro de alta complexidade, não é para receber paciente de baixa complexidade e média complexidade. Eu acho muito ruim o fluxo de trabalho, é tudo muito no favor porque no fluxo as coisas não acontecem. Se eu for esperar o (CROSS) liberar vaga para o paciente, nunca vai acontecer. Não tem como trabalhar sozinho e os pacientes que estão internados aqui é por falha da rede, não é falha do HC, a rede tem que estar estruturada para receber um paciente domiciliar. Não é para vim do Amapá, é para ter um centro regional mais perto. Fazer talvez uma campanha para conscientizar o paciente de que não é o HC o responsável por tudo da vida dele, tem o postinho de saúde, tem a medicina de base, eles têm que usar a rede. Como é que eu soluciono um problema do ICr que a origem nem sempre é ICr? Eu acho que uma das coisas importantes para a gente melhorar a condição de trabalho aqui seria retomar a ideia do trabalho multi ou transdisciplinar. Pedir para o ICr estar articulado com a rede seria o ideal, mas eu acho que esse movimento devia partir dos dois lados e não só do ICr. A gente talvez pudesse pensar idealmente em reuniões periódicas onde pudesse trocar ideias com quem está cuidando na periferia para abraçar determinados casos, a reabilitação próxima de casa, o HC pode assistir essas crianças em determinadas coisas, mas o segmento delas poderia estar sendo feito por um pediatra geral. O maior problema nosso é casos novos, para o paciente conseguir chegar aqui. A gente tem tentado dar alta para os pacientes que não precisam do atendimento HC.

[S02, S03, S26, S27, S29, S30, S32]

O HCFMUSP é um centro de alta complexidade, no entanto, na visão dos entrevistados, muitas vezes o ICr assume a mesma função que a rede básica de saúde. A continuidade de certos tratamentos, por exemplo, como fisioterapia e fonoaudiologia, que poderiam ser providos por outros serviços de saúde, pela falta de vagas, são oferecidos pelo próprio Instituto. Outras vezes, pacientes com diagnóstico de doença rara, mas já estáveis e que receberam alta do ambulatório específico, voltam ao Hospital, pois o médico do posto de saúde não se sente seguro em tratar de um simples resfriado. Até mesmo por questão de deslocamento dos pacientes e suas famílias, alguns tratamentos que poderiam ser feitos próximos ao domicílio

são realizados no ICr, uma vez que a família não quer se desvincular do HCFMUSP ou a rede não está preparada para receber o paciente e as suas demandas.

A Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS), foi criada por meio do Decreto 56.061, de 02 de agosto de 2010, no âmbito da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a finalidade de viabilizar o acesso do cidadão ao serviço de saúde que necessita, de forma equânime, integral e adequados, de acordo com as diretrizes do SUS, operacionalizando as ações (ALESP, 2010). Ela foi criada para dar cumprimento à Portaria GM/MS nº 399/2006, do Ministério da Saúde que versa sobre a regulação do acesso da população aos serviços de saúde e a Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS e organizou a regulação nas três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Na prática, a CROSS atua na regulação médicas de consultas, internações, cirurgias, eletivas ou de urgência, transferências entre hospitais, de acordo com a complexidade do caso, seguindo fluxos, normas e procedimentos. O médico regulador avalia cada caso concreto e indica o serviço de saúde mais adequado para atender a demanda, de acordo com a classificação e priorização. Dessa maneira, é possível visualizar os cenários regionais em relação aos recursos disponíveis ou indisponíveis, bem como direcionar para as unidades mais complexas os casos graves que não podem ser atendidos em determinada localidade. Ao mesmo tempo, é parte de sua atribuição organizar as demandas de acordo com recursos preservando as instituições envolvidas (RIBAS, 2017).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990, dispõe sobre organização e planejamento da assistência à saúde e a articulação interfederativa. Essa coordenação é feita por uma rede de saúde, definida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”, de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, sendo necessária uma rede de referência e contra referência.

No referido Decreto, foi posta a responsabilidade de cada ente da federação; as definições das regiões, que possibilitam o planejamento, e as portas de entrada do SUS que constituem os serviços de atendimento inicial aos seus usuários.

Na realidade do ICr, os prescritores sinalizaram a falta da articulação com as redes de atendimento para que os pacientes continuassem seu tratamento em outros serviços de saúde ou ainda que certos casos nem fossem direcionados ao Instituto. Parte desta articulação, como demonstrada, é feita pela CROSS. O grande problema identificado é que faltam vagas no

sistema de saúde para atendimentos destes pacientes que vão desde especialidades como pneumologia, neurologia ou cardiologia pediátrica, até vagas para fisioterapia, fonoaudiologia ou nutricionista.

A alta dada ao paciente da especialidade do Instituto não significa que a criança não deva passar por novas consultas. O acompanhamento do desenvolvimento daquele indivíduo poderia ser realizado em outros serviços de saúde de média ou baixa complexidade que suprisse suas necessidades básicas. Como exemplo, no acompanhamento das reuniões clínicas das enfermarias de internação, foi conhecido o caso de um adolescente com *Diabetes Mellitus* que apresentava uma série de complicações decorrentes da doença como nefropatia, problemas de visão e até amputação. Surpreendentemente, o agravamento da doença veio pela falta de acompanhamento da enfermidade e sem a devida aplicação da medicação (insulina). Uma doença crônica que poderia ter sido prevenida ou tratada por meio da atenção primária, agora em estágio mais avançado, tornou-se um caso de alta complexidade. Na fala dos médicos que o acompanhavam, após sua alta, a assistência à patologia que poderia ser realizada regionalmente com um endocrinologista, possivelmente, não seria feita e este paciente continuará sendo atendido no ICr. É um problema estrutural da rede de saúde como um todo.

DSC.5C – Gestão de recurso e aporte financeiro

Eu entendo que seja problema do sistema de saúde, na verdade é má gerência de dinheiro do governo sempre, mas tinha que ter mais recurso para fornecer para os pacientes o que eles precisam de uma forma correta. Acho que é a gestão na verdade. O que eu tenho de percepção é que nós fomos encolhendo em termos orçamentários, porém cada vez mais somos obrigados ao que ninguém consegue fazer que são os casos complexos, raros e onerosos. Então aumentou a nossa demanda no sentido de trabalho, buscando a nossa expertise, mas o aporte financeiro não subiu. Atendendo a uma demanda nacional e internacional. E para mim, falta a administração vender esse trabalho para o governo, das nossas dificuldades, buscando o aporte que não necessariamente deveria ser do governo de São Paulo. Eu vou lá no Nordeste e vou formar equipe, e isto vai reverter em dinheiro para os meus profissionais e para os meus serviços aqui. Fulano se aposentou e eu não tenho como contratar. Eu não tenho como aumentar a condição de salário e não busca outras formas de conseguir essa verba, mesmo com a expertise que nós temos que é tão elogiada no país inteiro. É um contrassenso, eu exijo tanto de vocês, mas eu não vou promover um aporte financeiro. Vira e mexe a gente recebe

aviso de Brasília que a medicação foi cortada por tempo indeterminado. Tudo isso gira em torno do dinheiro mesmo, da verba para a contratação, concurso público e etc., acho que tem que ser a parte administrativa se empenhar de alguma forma ou através dos recursos estaduais, federais ou através de recursos privados. Falta mais envolvimento do governo para ajudar na educação da população. Eu não acredito que a gente não tenha recurso, eu só acho que o recurso está locado no lugar errado. Uma das coisas que antigamente acho que não tinha muita preocupação com gestão do serviço público, hoje já tem um movimento de gente capacitada e de treinar. Eu acompanho as reuniões de planejamento estratégico, coisa que assim há vinte anos não existia aqui e hoje você vê que tem muita gente empenhada e dedicada.

[S05, S09, S19, S22]

Na visão desses entrevistados a gestão de recursos, não só no ICr, mas do SUS como um todo, é essencial para a melhoria dos atendimentos. Com mais orçamento seria possível, inclusive, mais contratações. Ainda respondem que casos complexos e que demandam custos altos para diagnóstico e tratamento são direcionados ao ICr, suprimindo demandas em nível nacional sem que o aporte financeiro seja proporcional.

DSC.5D – Medidas que o ICr tem realizado

Em termos financeiros a gente tenta racionalizar o que dá, não desperdiçar. Mas é difícil às vezes, ainda mais em um hospital escola que você às vezes tem questões que vão além só da assistência. Acho que para ajudar a racionalizar burocratizaram para poder evitar desperdício. Eu acho que o HC já tem feito alguma coisa em relação a parte de agenda cheia, de lotação, o que eles estão priorizando, que estão pedindo para só transferência de paciente via CROSS, os mais grave e que precisam mesmo de uma melhor investigação. O governo põe regras, mas assume muito pouco essas regras. Por exemplo, é consagrado o modelo de assistência do SUS, piramidal de assistência primária, depois a secundária para você ser direcionado para a terciária ou para quaternária, isso é uma coisa que você não vê o governo empenhado em educar a população para isso. Por outro lado, a superintendência junto com a Secretaria de Saúde definiram que o Hospital das Clínicas passou a ser um hospital referenciado, ou seja, para vir para cá precisa vir via plantão controlador, que as portas deveriam ser fechadas, mas quantas vezes você leu no jornal, você viu na propaganda da

*televisão ou no rádio, ou panfleto você não deve procurar a porta do Hospital das Clínicas? Eu entendo que politicamente isso não seja interessante, a gente tem um discurso que o paciente desconhece, isso cria muito conflito, a família não aceita, ofende, agride. Nós estamos nos posicionando em função daquilo que é orientado, mas do outro lado não tem ninguém que está fazendo isso pela gente. A farmácia tem uma comissão em que eles analisam esses casos particulares, e eventualmente eles têm liberado a medicação que não seria pelo SUS. Eu consigo falar pelo meu setor, a cada dois meses existe uma reunião de todas as chefias de *** para discutir as limitações. Eu não estou 100% contente porque eu vejo que existe um esforço muito maior em solucionar as questões relacionadas aos pacientes adultos, mas eu acho que tem um esforço.*

[S03, S07, S16, S22, S31]

Além das sugestões apresentadas pelos entrevistados, existem as medidas que eles identificaram que o ICr tem realizado para algumas melhorias. Aqueles entrevistados que estavam em algum cargo de chefia em departamento conseguiram enxergar mais ações positivas do Instituto, do que aqueles que não exercem nenhuma função dessa natureza. Isso se dá, por exemplo, porque são esses médicos que participam de reuniões administrativas com a Diretoria Executiva e Superintendência em que são discutidas algumas limitações e ações.

Como primeiro exemplo, houve o reconhecimento que a burocratização é importante para racionalizar os recursos. Outros entrevistados acham positivo a priorização de pacientes mais graves, pois diminui a superlotação do Instituto.

Em relação ao afirmado pelo Sujeito 22, remetendo-se às normas da Instituição, o Parecer do CoBi n 04/2004, há quinze anos, já trazia a preocupação do parecerista sobre os atendimentos de baixa complexidade que eram realizados no pronto-socorro e que poderiam ser tratados em outras unidades. Ele propôs que o HCFMUSP deveria tomar medidas para que os atendimentos não fossem acima da capacidade e tais medidas deveriam ser articuladas com as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal e informada aos usuários.

Atualmente o Pronto-Socorro do HCFMUSP possui o sistema referenciado, ou seja, recebe apenas pacientes encaminhados por outros hospitais e serviços de emergência. A medida foi tomada com o intuito de diminuir em 40% o fluxo de pacientes. Até então, cerca de 70% dos atendimentos realizados eram casos simples como febre e dores musculares. O propósito, nas palavras do Superintendente à época, doutor José Manoel de Camargo Teixeira, era

melhorar o atendimento para que os casos mais graves fossem atendidos com mais humanidade (SANTANA, 2007).

Em 2013 o HCFMUSP, juntamente com as Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, para dar conformidade à Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organizou os componentes da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, elaboraram o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da RRAS 6 (Região Oeste da Rede Regional de Atenção). O HCFMUSP se tornou a porta de entrada hospitalar de urgência, estando sujeito à coordenação de fluxos de referência e contra referência da Central de Regional de Regulação de Urgência. Em 2016 foram publicadas as Diretrizes para Regulação da Urgência e Emergência da RRA 6 que organizou os processos de regulação das unidades de emergências da região Oeste, articulando as centrais de regulação municipal e estadual.

Desde então o pronto-socorro do HCFMUSP não recebe demanda espontânea, mas somente pacientes graves vindos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou de outras unidades. Este cenário está sendo discutido nos autos da Ação Civil Pública nº 1024876-76.2019.8.26.0053, proposta pelo Ministério Público de São Paulo, em trâmite na 1ª Vara da Fazenda Pública na Comarca de São Paulo. Foi proferida decisão para que o Pronto-Socorro fosse aberto a todos, mas uma decisão de 05 de julho de 2019, no Agravo de Instrumento nº 2144248-64.2019.8.26.0000, derrubou a liminar e assim, até o momento, a unidade de emergência do HCFMUSP continua sendo referenciada.

Em sua defesa na Ação Civil Pública o HCFMUSP alega que a priorização de casos mais graves dentro de um hospital terciário faz parte de uma política pública. Ademais, a Portaria GM/MS nº 2.395, dá a previsão legal para que uma unidade de emergência atenda demandas referenciadas e para que garanta atendimento de alta complexidade. Aduz também que unidade de emergência referenciada é uma conduta tecnicamente adequada para o sistema de saúde, onde casos mais graves são atendidos por unidades mais complexas e casos mais simples são atendidos por unidades de menor complexidade. A ação ainda está pendente de julgamento.

PERGUNTA 6 E SEUS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

O que você entende por Direito à Saúde?

DSC.6A – São ações que antecedem o atendimento no hospital

Direito à saúde vem desde muito antes da pessoa chegar no hospital e ser atendida, vem de um bom atendimento preventivo, prevenção de doenças, acesso a saneamento básico, a unidades básicas de saúde, a medicamentos. Até acesso à educação é acesso a saúde. A gente vê a diferença até de entendimento do tratamento do paciente, que tem dificuldade de compreensão e com escolarização tem um nível de entendimento maior. Entender saúde como uma condição que não é só física, mas uma condição de estar no mundo, interpretar o mundo, se relacionar com o mundo e de alguma forma propor as alterações. Uma condição social para ter essa interação, condição de onde vive, como vive, quanto ganha, se consegue ou não ir e voltar, passear, interpretar o mundo. E aí eu acho que da nossa parte isso passa muito por ter um bom serviço de cuidado. Direito a moradia, direito a transporte, direito a uma cidade com menos poluição, a menos violência, acesso ao posto de saúde, segmento, perceber o problema antes dele ser um problema muito grave. A saúde hoje em dia é muito mais complexa, não é só você estar apto em ir a algum hospital e ser atendido, mas é também você ter saneamento básico, é auxílio saúde mental, higiene bucal, etc. Ter direito a isso tudo é vital, é um dever do governo assim como está na constituição. O desbalanço disso tudo é o que leva a doença. A gente enquanto médico está aqui para tentar garantir um pouco disso, tanto no setor privado, quanto no setor público, principalmente que é onde a gente vê as pessoas que tem mais necessidade. Implica em equidade, em acessibilidade, integralidade, direito à saúde como política pública. Me frustra muito ver os nossos residentes zero interessados pelo SUS. Eu acho que esse é um grande erro na formação do Instituto da Criança, a gente não se prepara como profissionais de saúde pública, eles têm uma versão da grande complexidade ou continuam tendo como modelo o privado. Isso já vem da faculdade, a gente está tentando colocar para eles o modelo centrado no paciente. Direito à saúde é você precisar e ter acesso fácil, porque que é muito difícil os pacientes de fora chegar aí. Tem que melhorar muito a rede básica.

[S05, S01, S02, S11, S18, S29]

Para alguns entrevistados o direito à saúde não é concretizado somente a partir do momento em que o doente é internado no hospital, mas sim ações que acontecem muito antes disso. Políticas públicas para saneamento básico, saúde bucal, saúde mental, direito ao acesso à moradia, transporte, lazer e educação são elementos que fazem parte do conceito direito à saúde.

Na fala deles, em relação ao papel dos médicos, foi identificado certo senso de responsabilidade como um agente somador nesse contexto. E mais, existe aquele entrevistado

que se frustra com a falta de interesse pelo SUS dos médicos recém-formados, que chegam ao ICr com uma visão distorcida do sistema de saúde pública. Embora a formação dos médicos no Brasil não seja objeto deste estudo, tanto pela fala dos entrevistados, quanto pela experiência da Pesquisadora dentro do Complexo do HCFMUSP, constata-se que os estudantes de medicina não recebem ensino sobre o funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro, qual a importância de sua atuação no SUS e de que forma o exercício da profissão, tanto no público quanto no privado, influencia no sistema como um todo. É comum reconhecer que os médicos residentes enxergam os serviços públicos de saúde apenas como um campo de estudo para sua formação e não um meio de alcançar pessoas ou de concretizar o Direito à Saúde conforme descrito na Magna Carta.

O artigo 3º da LOS consolidou a amplitude do Direito à Saúde, complementando o art. 196 da Constituição Federal, abrangendo outros condicionantes que não só a ausência de doença:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (CF, 1988).

Esses sujeitos aparentam ter maior dimensão do conceito de saúde e aquilo que a envolve como direito. Isso pode, inclusive, colaborar para possíveis concepções da posição que a sua profissão ocupa nessa discussão.

DSC.6B – Atendimento igualitário e de forma digna

Todo mundo tem de ter um atendimento total, porque se você está lá no Mandaqui ou se você está lá em outro lugar. Todo mundo paga imposto e por isso teria que ter o mesmo acesso, independente de classe, raça, etnia, de quanto ganha. O mesmo atendimento que eu dou no privado, tem que ser o mesmo atendimento que eu dou no público, sem diferença, com a mesma qualidade, com o mesmo conhecimento técnico, sem sofrer influências de outras coisas. Um dos particulares que eu já trabalhei, a gente era muito obrigado a deixar as crianças internadas por mais tempo por conta de recurso de convênio, mesmo sabendo que não tinha indicação.

Acho que o problema é que não chega todo mundo aqui, mas a gente consegue fazer com que esse direito seja exercido da melhor forma possível.

[S07, S08, S15, S17, S24, S30]

Interessante a fala de entrevistados no sentido de um atendimento igualitário entre os usuários do sistema de saúde, sendo privado ou público, também ser parte do direito à saúde.

Os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade são norteadores do SUS. Significa que todos os cidadãos, incondicionalmente, sem privilégios ou contraprestações, têm direito ao acesso do serviço de saúde, de forma abrangente, preventivos ou curativos, em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), de forma justa.

Como respondido pelos sujeitos de pesquisa na primeira questão, em relação ao atendimento e a atenção, a dedicação do profissional não muda entre a rede privada e a rede pública. A diferença surge naquilo que a instituição tem disponível para oferecer ao paciente. Assim, o médico faz aquilo que está dentro do seu alcance para diminuir essa diferença.

DSC.6C – Atendimento, investigação e tratamento da doença

Direito dos cuidados da saúde, direito ao atendimento médico, uma investigação e quando há disponibilidade, um tratamento adequado para a patologia. É ser diagnosticado da melhor forma possível, com respeito, ter direito ao seu tratamento, sabendo que dentro do serviço público vai ter restrições. É a realização de exames, medicações, internação, cirurgias, tudo que abrange a área da saúde. De maneira privada ou pública, idealmente de maneira pública, mas que você tenha acesso rápido a tudo que você necessita. É ter acesso a um diagnóstico correto de uma forma rápida, compreender o que é a doença e conseguir ter o acesso ao tratamento e ao segmento.

[S13, S16, S20, S28, S31]

Curiosa a visão restritiva dos médicos do Direito à Saúde ser apenas o atendimento, investigação e tratamento de doenças, de forma completa, tendo acesso ao que for necessário. Focalizado em doença *versus* cura. Esquecem que o conceito de saúde não se restringe a ausência de doença, é algo muito maior conforme já discutido. O olhar para o cidadão e destinatário desse direito social abrangente, é ofuscado pela visão tecnicista, baseada na vivência da própria profissão.

DSC.6D – Relação com os profissionais de saúde

Entendo que tanto os profissionais de saúde, quanto o povo, deve ter direito ao mínimo para conseguir a sua saúde. Deve ter um acesso a uma boa qualidade de vida, a uma boa qualidade de nutrição, pronto atendimento, atendimento adequado, profissionais colaborativos, profissionais bem preparados. Uma queixa geral é o salário do médico, do enfermeiro, da assistente social, de toda a estafe da rede pública que na parte estadual deixa muito a desejar. Profissional tem que ter direito à saúde, não é só tratar dos pacientes, tratar dos funcionários também. O complexo HC tem um descaso total em relação ao seu servidor. Especialmente aquela pessoa de uma baixa renda, auxiliar de enfermagem, técnico, funcionário de limpeza. Ele não consegue tratar nada aqui. Tinha que ter aqui algum tipo de atendimento de diversas especialidades reservando alguns horários para funcionário.

[S04, S19, S23]

Para outros entrevistados, os profissionais de saúde, não somente os médicos, também necessitam ter direito à saúde. Embora haja o reconhecimento de que esse direito é para todos, geral e irrestrito, conforme o princípio da universalidade, trazem à tona certo sentimento de desvalorização. Sentem que os profissionais, dentro de um serviço de saúde, são preteridos e não recebem atenção do gestor no papel de pacientes.

O HCFMUSP possui o Centro de Atenção ao Colaborador (CEAC), um prédio dentro do Complexo, que funciona das 7h às 18h, com a finalidade de atender casos de baixa complexidade, prestando serviços de pronto atendimento para clínico geral, oftalmologia e otorrinolaringologista; ambulatórios para consulta de algumas especialidades; equipe multiprofissional e medicina do trabalho.

Em relação ao DSC, este Centro dedicado aos funcionários do HCFMUSP, poderia atenuar o sentimento de descaso, uma vez que a Instituição se propõe a dar atendimento primário aos seus colaboradores. No entanto, os entrevistados entendem não serem suficientes e reivindicam atendimentos especializados. Cabe a ponderação de que o presente cenário chega a ser uma contradição: se todos os cidadãos teriam direito ao atendimento de alta complexidade, porém necessitariam passar pela “porta de entrada do SUS” (atendimento inicial) decorrentes do Decreto nº 7.508/2011, atrelado ao princípio da universalidade e igualdade, não caberia ao funcionário do HCFMUSP o privilégio de pular esta etapa.

Entende-se a indignação, na medida em que o atendimento do funcionário, como demandam os entrevistados, significaria a valorização do trabalhador pelo empregado. Contudo, o CEAC é a representação desse reconhecimento, pois apresenta-se como forma de cuidado ao usuário em relação a atenção básica. Para os atendimentos especializados que o Centro não dispõe, o colaborador será encaminhado como qualquer outro usuário do SUS.

DSC.6E – Gasta-se muito com único paciente II

Existe argumento que direito à saúde é inalienável e que o estado tem que dar tudo que aquela pessoa precisa dentro do que ela necessita, e daí a gente perde o dinheiro de saúde pública para ficar pagando tratamento nos Estados Unidos porque as pessoas ganharam o processo. Direito à saúde é você ter o mínimo, ter uma qualidade de vida, ter o atendimento que precisa, respeitando as limitações do estado. Eu não acredito no SUS da maneira como ele é desenhado. O valor gasto para uma criança fazer um transplante de intestino nos Estados Unidos, tratamento experimental e que vai morrer depois de quatro, cinco meses por infecção, poderia cuidar de dez prematuros em uma UTI neonatal aqui no Brasil. O direito à saúde tem que existir, mas ele tem que ter limite, não pode barrar o direito do outro. Hoje a gente faz altos investimentos com pessoas, crianças e adultos que não tem um prognóstico viável porque acreditamos que tem que mantê-los vivos; um desrespeito com o doente, desrespeito com a sociedade e com os profissionais de área de saúde que estão sendo exigidos em determinadas coisas. A gente investe demais em pessoas que não tem qualidade de vida e deixa faltar para quem tem. Então para mim é uma justiça relativa. A saúde investe muito mal, até porque quem faz o julgamento dos investimentos, em geral, não são médicos. Existe um belo equívoco de onde a gente está investindo em busca da saúde plena que não existe. São muito raras essas doenças que eu vejo aqui e se gasta muito dinheiro com eles. Isso é uma oportunidade acadêmica e assistencial ótima, mas eu sei que você pode fazer com esse mesmo dinheiro intervenções muito melhores na população.

[S09, S25, S30]

A relatora do Parecer CoBi nº 06/2008, ao tratar da incorporação de medicamentos na lista padronizada do Complexo, trouxe a reflexão de que os médicos, movidos por uma questão moral, não sabem quando negar um tratamento e dizer este “não” de forma honesta. A realização de tratamento em pacientes com nenhuma ou ínfima perspectiva de melhora,

utilizando os insumos mais modernos, mas não necessariamente mais eficazes, oneram o Sistema de Saúde. Para esse atendimento, seria necessária a alocação de verbas que poderiam ser usadas para atendimento de número maior de pacientes. Desta forma, é necessário que haja negativas de tratamento em certos casos, levando em conta a peculiaridade de cada um.

Da mesma forma, o Parecer CoBi nº 03/2013, pautado na necessidade de ciência do profissional sobre importância da gestão dos recursos, afirma que é fundamental a devida alocação para atender o maior número de pacientes, sem privilegiar ninguém, adotando critérios transparentes. Por fim, o Parecer nº 07/2014 também segue esta mesma lógica.

Cabe a reflexão neste momento de que tal amplitude do conceito de saúde, trazida na LOS, pode gerar certas indefinições no que diz respeito ao que deva ou não estar no orçamento da saúde. Nesse sentido, se esse enfoque for colocado de uma forma enérgica, tanto em uma discussão orçamentária, quanto em uma discussão no âmbito jurídico, haveria a possibilidade de defender o fornecimento pelo Poder Público daquelas prescrições médicas tidas como aberrantes tais quais achocolatado, álcool gel, pilhas alcalinas, incluindo medicamentos em fase experimental ou o transplante visceral de bebês, como foi citado pelos prescritores.

Neste DSC, pôde-se ainda trazer à baila o Enunciado nº 89 do Conselho Nacional de Justiça, elaborado na III Jornada de Direito da Saúde, no qual dispõe:

Deve-se evitar a obstinação terapêutica com tratamentos sem evidências médicas e benefícios, sem custo-utilidade, caracterizados como a relação entre a intervenção e seu respectivo efeito – e que não tragam benefícios e qualidade de vida ao paciente, especialmente nos casos de doenças raras e irreversíveis, recomendando-se a consulta ao gestor de saúde sobre a possibilidade de oferecimento de cuidados paliativos de acordo com a política pública (CNJ, s.d.).

De acordo com conversas e relatórios médicos lidos pela pesquisadora no ICr, estima-se que uma criança que necessite do transplante visceral, após o procedimento, tem chances de sobrevida na casa dos 2%. Infelizmente, mesmo com esse prognóstico, não houve impedimentos de que alguns desses tratamentos fossem deferidos pela justiça.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos são a assistência ativa e total, promovida por equipe multidisciplinar para prestar melhorias na qualidade de vida do paciente, nas dimensões corpo, mente e espírito, prevenindo e aliviando dor, sintomas físicos e outros. Embora ele não seja tema da presente pesquisa, em rápida análise, é possível dizer o quanto o cuidado paliativo em criança pode ser ainda mais complicado. O

processo de doença incurável ainda é difícil tanto para as famílias quanto para os profissionais, porém os cuidados paliativos não são sobre morte. Em crianças, principalmente, vão muito além: dão suporte à criança e sua família para a vivência de um momento complexo que cruza com seu desenvolvimento como ser humano. O ICr conta com uma especialidade de cuidados paliativos, conhecida como Equipe da Dor que auxilia no tratamento de crianças com doenças crônicas, incuráveis ou terminais.

DSC.6F – A responsabilidade é compartilhada com o cidadão

Direito à saúde é o direito à informação e ao acesso. Não sou a favor do modelo do SUS de dar tudo, isso faz com que o paciente não se comprometa, não tenha responsabilidade sobre si. Isso gera um ônus absurdo, desinteresse, despropósito. Tem que compartilhar, o paciente é responsável pela saúde e o governo tem que estar pronto para ensinar e para prover se precisar dentro daquilo que é o limite da capacidade do governo. Eu gosto muito desses estudos de (custo/efetividade). É o seu dever de cuidar da sua saúde, se você não cuidar, você perde. Quem tem que cuidar da saúde é a pessoa, não é o estado.

[S22, S26]

Para dois entrevistados, a saúde é de responsabilidade do cidadão. É dele o dever de zelar por ela enquanto estiver vivo e não esperar que o Estado supra aquilo que não foi bem cuidado. Para eles, o modelo atual do SUS de cuidado integral é errado. O Estado tem que prover meios do acesso à saúde, dentro do limite da capacidade do governo e, a partir disso, o paciente deverá se comprometer consigo mesmo em mantê-la.

Isso está expresso no parágrafo 2º, do artigo 2º, da Lei nº 8.080/1990, no qual disciplina que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover condições indispensáveis ao seu exercício, porém não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. É um dever compartilhado entre membros que compõem uma estrutura social, no intuito de que haja distribuição de forma igualitária e que todos participem dessa construção.

DSC.6H – Direito à informação

*Direito à saúde na minha leitura como médico *** é um conceito que também tem que sair daquela ideia de completo, total, permanente bem estar, físico, psíquico e social, isso é uma balela, isso não existe, a gente tem falhas, a gente tem momentos de pouca felicidade, de pouca saúde, de mais saúde, saúde física, o cansaço, a saúde psíquica, momentos de alegria, momentos de tristeza, então eu trabalho em uma área que eu não posso prometer para o meu cliente a total resolução de tudo. Direito à saúde eu acho que é um direito à verdade, à honestidade de que existem limitações, tem coisa que dá para fazer, tem coisas que não dá para fazer, tem coisas que a gente pode te ajudar, tem que coisas que a gente não pode te ajudar. Acho que isso faz com que o nosso paciente não judicialize tanto todas as questões que aparecem aqui.*

[S06]

Interessante ressaltar o posicionamento do entrevistado que coloca o direito à honestidade como componente do Direito à Saúde. Em consonância, pode-se trazer o artigo 7º, inciso V, da Lei 8.080/2000 que dá ao cidadão o direito à informação, sobre sua saúde. A honestidade e para com o paciente em relação ao seu real estado de saúde e às limitações ao seu tratamento. Esta limitação pode ser sobre aspectos financeiros da Instituição, limitando o acesso dos medicamentos e outros insumos, como pode ser também em relação especificamente à doença, do que pode ou não ser tratado. A ideia de completude do Direito à Saúde é minimamente limitada

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde brasileiro traz uma série de desafios aos profissionais e aos usuários. As respostas dos sujeitos de pesquisa confirmaram que as dificuldades enfrentadas pelos médicos prescritores do Instituto da Criança do HCFMUSP em concretizar o Direito à Saúde se apresentam nos mais diversos contextos que envolvem o exercício da medicina em um hospital público com tal magnitude. As dificuldades vão muito além dos avanços tecnológicos na saúde e a insuficiência de recursos orçamentários. Os obstáculos perpassam por conflitos com indústria farmacêutica, grande volume de pacientes atendidos, falta de disponibilidade de terapias, defasagem na incorporação de tecnologias, limitação de medicamentos, questão social dos pacientes e familiares e pressão da instituição para cumprimento de regras. Estas dificuldades levantadas não são exclusivas do ICr, muitas na verdade são decorrentes de questões estruturais do Sistema Único de Saúde. Somadas a tudo isso, ainda existem os obstáculos inerentes a evolução da população como mudanças no perfil epidemiológico, mudanças demográficas, envelhecimento, perfil financeiro e até questões políticas. Um ponto “fora da curva” encontrado nas falas dos entrevistados foi que em relação à gestão de pessoas, ou a valorização do profissional dentro do Instituto, que aparece em mais de uma questão e sendo reivindicado principalmente no que se refere às ações que eles esperam do HCFMUSP faça para melhora do seu cotidiano.

A dificuldade da agilidade do acesso a medicamentos, exames e terapias foi levantada por 45% dos médicos quando questionados sobre as diferenças do serviço público e do serviço privado. Esta mesma dificuldade foi levantada por 22 % dos entrevistados quando questionados em relação aos recursos oferecidos pela própria instituição.

Paralelamente a tudo isso, a Instituição propõe regras e recomendações para que haja o controle das práticas profissionais, buscando reduzir dificuldades do cotidiano. Ademais, questões práticas em relação a funcionamento de um hospital público como aquisição de bens e serviços, atuação profissional, dispensação de medicamentos e disponibilização de vagas estão submetidas a regras jurídicas e administrativas da Administração Pública. Em decorrência disso, o médico não deve somente se atentar ao atendimento clínico do paciente e as matérias que envolvem sua especialidade, é necessário também a observância do conjunto normativo em que se insere e do papel que exerce dentro de um sistema.

Como um exemplo claro dessa observância do conjunto normativo, os entrevistados ao serem questionados se as regras da Instituição a respeito de prescrição influenciavam suas decisões, cerca de 32% responderam que não influenciam ou limitam, ao mesmo tempo que cerca de 16% diz que influencia, 29% reconhece a influência mas dizem que encontram alternativas às restrições e outros 16% entendem que são imposições sofridas pelos médicos. Isso significa dizer que esses profissionais não podem somente basear suas decisões em evidências científicas e/ou conhecimento técnico, mas sim adequar sua prática profissional a regras administrativas (SES/SP, CRM e HCFMUSP).

Na oitiva dos médicos foi notada grande percepção dos problemas que afetam a prática da profissão nos respectivos espaços, dentro de cada setor, de forma restritiva, em pequenos núcleos. A compreensão do Instituto como um todo ou mesmo a saúde brasileira de uma forma mais sistêmica, aparentou ser insuficiente. Destaca-se, sobretudo, que havia pouca consciência de sua atribuição de agente significativo na efetivação do SUS, promotor dos princípios do sistema de saúde e concretizador do direito constitucional (BRASIL, 2018b).

Quando questionados o que entendiam por Direito à Saúde, cerca de 19% afirmaram que são ações que antecedem o atendimento no hospital, compreendendo ser ações preventivas e ações de saúde. Outros 19% acreditam ser um atendimento igualitário entre os usuários. Ainda, 16% entendem que é o atendimento, investigação e tratamento de doenças. Por obviedade, não são visões equivocadas, no entanto, a visão restritiva de que saúde seria somente o tratamento de doenças se mostra ínfimo a um profissional com tanta importância nessa dinâmica com vários outros agentes.

Com todas essas posições, a Educação Permanente em Saúde se apresenta, ao mesmo tempo, como um conceito e como uma estratégia. Ela é uma ferramenta de investigação, problematização e análise dos conflitos do trabalho, na busca de novas formas de fazer, capaz de mobilizar, produzir e transferir conhecimento. Estrategicamente, se põe como uma política de gestão do sistema público, tanto por ser transformadora quanto por ser uma forma de resistências às dificuldades da consolidação do SUS. É um processo participativo de todos para estimular conhecimento e consciência do profissional sobre seu contexto e suas responsabilidades no campo real de sua prática. Estimula práticas inovadoras para superação de obstáculos. Ressalta-se novamente que não se trata exclusivamente de capacitação profissional, mas na formação de trabalhadores que associam a sua dinâmica de trabalho a uma reflexão, conhecendo questões sociais e as necessidades de saúde, trazendo um olhar integral.

As leis e regras da administração são, na maioria das vezes, a garantia de que princípios constitucionais da saúde estão sendo cumpridos. Nesse perspectiva, para efetivar o

direito à saúde, os profissionais da saúde, incluído os médicos prescritores, necessitam ter o conhecimento das normas, regras e leis, administrativas e jurídicas, que envolvam a atuação do servidor e a Administração Pública, tendo em vista que o Princípio da Legalidade obriga o administrador público a orientar-se pelas regras do direito administrativo. Aquele profissional médico melhor preparado tem menores chances de prescrever um fármaco que não está na lista farmacológica do SUS ou do seu serviço, como também não prescreve insumos que não fazem parte da obrigatoriedade de fornecimento do sistema público (como fraldas ou achocolatado). Consequentemente, deixam de prescrever medicamentos ou procedimentos que não estão autorizados na ANVISA ou de realizar suas prescrições sob a influência de propagandas da indústria.

Dentro o do Complexo alguns recursos como o Portal do Medicamento e a Escola de Educação Permanente estão disponíveis aos trabalhadores para busca de conhecimento, treinamento, desenvolvimento. Basicamente seriam dois meios de estimular a consciência profissional e de auxiliar na superação de obstáculos que se apresentam diariamente no contexto clínico e de atendimento levantados nesta pesquisa. Ocorre que, nesta pesquisa, verificou-se que nenhuma das duas cumpre este papel. Seria necessário que o Portal do Medicamento, por exemplo, estivesse atualizado em todos seus tópicos para se tornar uma plataforma confiável, tanto de busca de informação para o colaborador, quanto para transmissão de informação para a Instituição. Em relação a Escola de Educação Permanente, embora haja um trabalho de identificação de deficiência para a proposição de um curso ou treinamento, isso é realizado de forma muito isolado, para um único setor, clínica ou categoria e de forma a oferecer este curso para público externo e pagante.

Ao mesmo tempo, os profissionais médicos pediatras necessitam saber que não é somente em espaços especificamente reservado para discussões que a troca de experiências precisa ocorrer. Não há necessidade de somente uma reunião ou um canal de informações reservado para reivindicações. Todos os encontros como reuniões clínicas, passagens de plantão, atendimento ambulatorial juntamente com os residentes são espaços que permitem problematizações, busca de novos caminhos e transferências de conhecimento. Alguns entrevistados reclamaram que não ouvidos pela Instituição (HCFMUSP/ICr), como por exemplo em relação a qualidade dos materiais adquiridos, mas será que eles têm ido à comissão que realiza o memorial descritivo que será o norteador do edital do processo licitatório? Por outro lado, quando há necessidade de tomada de decisão por parte da Instituição quanto alocação de recursos ou possibilidade de parcerias externas para desenvolver uma ferramenta e ganhar por isso, será que os profissionais são ouvidos?

A EPS reconhece o caráter educativo do trabalho, porque o entende como lugar de problematização. Entretanto, mesmo que certos espaços sejam reservados para essa discussão, certos controles do gestor como em relação a custos ou protocolos, impactam na autonomia do profissional e impõem certos interesses a frente de outros. O espaço para criação de relações, críticas e produção é restringido (FEUERWERKER, 2014, p. 88).

Dessa forma, para que a gestão dê conta dos problemas identificados, a realidade dos médicos do ICr e as particularidades que permeiam o cotidiano do Instituto necessitam ser consideradas, mesmo que em menor grau, para que as regras e determinações impostas tenham coerência para o trabalhador e sejam apropriadas por eles.

No momento em que a gestão pauta uma coisa e os trabalhadores pautam outra, o papel do médico na produção das políticas pode ser questionado na medida em que são capacitados para aderirem às práticas que são impostas e que foram produzidas antes, sem a sua contribuição. É no atendimento, no lidar com o paciente, dia a dia, que o médico constrói uma prática que lhe faça sentido, exercitando ou não a sua liberdade. É no momento em que regras, recomendações, mudanças ou pressões impactam, que se faz necessário refletir sobre a prática imposta, trazendo escuta, alternativas ou enfrentamentos. Tudo isso torna necessário que os profissionais de saúde estejam atentos e capacitados para essas complexidades do SUS. Para tanto, também se faz necessário que novas formas e novos contextos sejam criados para que os médicos se sintam parte ouvida e somadora nas soluções.

Como experiência concreta que ratifica a EPS como ferramenta, o CONASS, reconhecendo a importância do Direito Sanitário e com a necessidade de capacitar tecnicamente os servidores de secretarias de saúde do país, por meio de Educação Permanente em Saúde, ofereceu curso de Direito Sanitário pela modalidade de ensino a distância, propondo fortalecimento da política pública de saúde, a partir de estratégias (CONASS, 2018).

A EPS se revela como um instrumento importantíssimo para a concretização do direito constitucional à saúde. Por meio de formação e capacitação dos profissionais da saúde, assistenciais ou não, proporciona uma visão integral do SUS, no qual permite um olhar crítico com objetivo de encontrar caminhos aos diversos desafios.

A pesquisa com enfoque no Discurso do Sujeito Coletivo ofereceu rico material para que diversas análises e outros desdobramentos sejam levantados. A pesquisadora espera que esta pesquisa tenha gerado, ao menos aos participantes, certo sentimento questionador do lugar que estes profissionais ocupam e o lugar que querem ocupar dentro do Sistema Único de Saúde.

Por fim, entende-se pela possibilidade de aprofundamento das categorias encontradas e busca por novos enfoques e problematizações do exercício da profissão dos médicos de outras especialidades do HCFMUSP na concretização do direito à saúde, tendo em vista a heterogeneidade do complexo como um todo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Efeitos da Resolução CMED n. 02/04 no processo de análise de preços de novos medicamentos.** Brasília: 2013.

_____. **Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2016.** Brasília: 2017a.

_____. Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. **Boletim Informativo**, Brasília (DF), 4º trimestre 2017b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/4073525/Boletim_Informativo_4%C2%BA+Trimestre.pdf/67638e0f-c6f4-47c1-824d-0df07bb337e9>. Acesso em: 3 maio 2018.

AITH, Fernando. A saúde como direito de todos e dever do Estado o papel dos poderes executivo, legislativo e judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. In: AITH, FMA; SATURNINO, LTM; DINIZ, MGA; Monteiro, TC. (Org.). **Direito Sanitário: Saúde e Direito, Um Diálogo Possível.** 1 ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. v. 12, p. 73-142, 2010.

_____. **Curso de Direito Sanitário A proteção do Direito à Saúde no Brasil.** 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2007. v.1, p. 406.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010.** Cria a Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS e dá providências correlatas, 2010. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-56061-02.08.2010.html>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

ANVISA. **Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaios Clínicos.** ANVISA. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2Fresultado-de-busca&_101_assetEntryId=352702&_101_type=content&_101>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da constituição.** São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Interesse Público. **Fórum**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, p. 31-61, nov./dez. 2007.

BERTOL, E. Estudo sobre as práticas de prescrição de médicos de Curitiba-PR. 2014. 70F. Tese (Mestrado em Ciências) - **Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto**, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-28012015-102902/pt-br.php>>. Acesso em: 19 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. **Lei Orgânica do SUS**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. Política Nacional de Medicamentos. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 22 ago. 2017.

_____. Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004 - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2019.

_____. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

_____. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Ministério da Saúde**, 06 maio 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, Brasília (DF), 28 abril 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOV>. Acesso em: 19 abr. 2019.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS)**. Ministério da Saúde, 19 dezembro 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. **Hospitais universitários**. Ministério da Educação, 2019. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 15 jun 2019.

_____. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências, Brasília (DF). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm>. Acesso em: 22 set 2018.

CAMPOS, E. D. S. **História da Universidade de São Paulo**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

CAMPOS NETO, O. H.; GONÇALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 165–176, 5 jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100165&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CARDOSO, A. J. C. Políticas de saúde: universalizar ou focalizar é a questão? In: ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; NETO, N. D. (Org.). **Direito Sanitário em Perspectiva**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2013. p. 53-70.

CARVALHO, D., et al. **O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios**. In: ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; NETO, N. D. (Org.). **Direito Sanitário em Perspectiva**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2013. p. 75-90.

CHAGAS, L. D. D.; COSTA, S. M. D. S. Efetividade do processo de comunicação com base na teoria do comportamento informacional: o caso de um organismo internacional da área da saúde pública sediado no Brasil. In: COSTA, S. M. D. S.; LEITE, F. C. L.; TAVARES, R. B. (Org.). **Comunicação da informação, gestão da informação e gestão do conhecimento**. Brasília: IbiCT, 2018. p. 45-65. Disponível em: <<https://doi.org/10.18225/9788570131485>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa Sogesp-Datafolha aponta interferência de planos de saúde na ginecologia e obstetrícia**. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23199:pesquisa-sogesp-datafolha-aponta-interferencia-de-planos-de-saude-na-ginecologia-e-obstetricia&catid=3>. Acesso em: 13 mar. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>>. Acesso em: 15 dez 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Para entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.

_____. **O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: ênfase na Educação Permanente em Saúde**. Brasília: s.n., v. 30, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 2.217 de 27 de setembro de 2019. **Código de Ética Médica**, 2018. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 01 out.2018.

_____. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>>. Acesso em: 15 out. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Consulta nº 95.947/04. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 18 maio 2006. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=6457&tipo=PARECE>>

R&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%EA3o%20Paulo&numero=95947&situacao=&data=18-05-2006>. Acesso em: 15 set. 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 57-75, 2010.

_____. Direito Sanitário. In: ARANHA, M. I. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília : Ministério da Saúde, 2003. p. 39-61.

DOURADO, D.; DALLARI, S.; ELIAS, P. E. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, 6 mar. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p10-34>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FARIA, L. R. D. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 561-590, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA. **Doenças complexas da infância e adolescência**. Publicação Bimestral da Fundação Faculdade de Medicina, XII, n. 67, p. 08-09, mai/jun 2013. Disponível em: <<http://extranet.ffm.br/Jornal/jornais/Jornal67.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. **Relatório de Atividades 2017**. Disponível em: <<http://extranet.ffm.br/Relatorios/relatorios/RelatorioAnual2017.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **Relatório de Atividades 2018**. Disponível em: <<http://extranet.ffm.br/Relatorios/relatorios/RelatorioAnual2018.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

GADELHA, M. I. P. **O papel dos médicos na judicialização da saúde**. Revista CEJ, v. XVIII, p. 65-70, 2014. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewArticle/1862>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

GASPARINI, Diógenes. **Direito administrativo**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p.157.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Regimento Interno de 03 de dezembro de 2002**. Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.hc.fm.usp.br/images/pdf/cd/regimento_interno_cd.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. **Regimento Interno do Corpo Clínico**, 2004. Disponível em: <<http://www.hc.fm.usp.br/images/pdf/dc/Regimento%20Interno%20Corpo%20Clinico%20atualizado%202010.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. **Relatório de Atividades HCFMUSP**, 2018. Disponível em: <http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56:relatorios-e-manuais-hospitalares&catid=26&Itemid=206>. Acesso em 25 out. 2018.

_____. **Breve História - HC**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=485&Itemid=303>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. **Os Outros Institutos**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=472&Itemid=304>. Acesso em: 25 out. 2018.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA Neto, Gonzalo. **Modelo de gestão e o SUS**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.12, p. 1831-1842, 2007.

MAPELLI Júnior, Reynaldo. **Judicialização da saúde e políticas públicas**: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS. 2015. 370f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

_____. COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Imprensa Oficial; MPSP, 2012.

CANCIAN, N; MASCARENHAS, G. Supremo deve definir alternativas para acesso a remédios de alto custo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 set. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/2817488-supremo-deve-definir-alternativas-para-acesso-a-remedios-de-alto-custo.shtml>>. Acesso em: 29 set. 2016.

LEFEVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo**: Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. 1. ed. São Paulo: Andreoli, 2017. p. 09-42.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de Representação Social**. Um enfoque qualitativo. 1. ed. Brasília: Liber Livro, 2010.

_____. Discurso do Sujeito Coletivo: **Representações sociais e intervenções comunicativas. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2018.

LIMA, SML. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, p. 101-138, 1996. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8005/6756>>. Acesso em: 18 set. 2018.

MAZZA, Fabio Ferreira; MENDES, Áquilas Nogueira. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário, São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 42-65, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/75519>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MALUF JUNIOR, T. Prof. Antranik Manissadjian. **Pioneiros do ICr**: Ciência, Inovação e Vanguarda - Comemoração dos 40 anos do ICr, São Paulo, n. 4, set. 2016.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde**: uma Estratégia para Intervir na Micropolítica do

Trabalho em Saúde. Saúde coletiva, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, agosto de 2006. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2019.

NOGUEIRA, M. C. Medicamentos sem registro: legislação, causas para a demanda, danos à saúde e consequências para a gestão. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Direito à saúde, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_26.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

RAMOS R, GOMES AM. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 1029–1040, 19 set. 2014. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/125>. Acesso em 11 nov. 2017.

PASQUINI, P. HC fecha triagem de pacientes na entrada do pronto-socorro. Unidade atende casos graves levados por ambulância e helicóptero da PM. **Folha de São Paulo**, São Paulo. 30 nov. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/hc-fecha-triagem-de-pacientes-na-entrada-do-pronto-socorro.shtml>. Acesso em: 06 jan. 2019.

PICARELLI, F.S.; ARANHA, M.I. Política de patentes e o direito de concorrência. In: _____. (Org.). Política de patentes e saúde humana. São Paulo: Atlas; 2001. p. 154-191.

RAWLINS, M. D. Commentary: the death of clinical freedom. **International Journal of Epidemiology**, v. 40, p. 859–861, 01 ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyr048>. Acesso em: 16 jan. 2018.

RIBAS, D. R. T. Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS). **Governo do Estado de São Paulo - Secretaria de Estado da Saúde**, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/apresentacao_conselho_estadual_de_saudev2.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

SAMPAIO, M. C. S. C.; ODONE FILHO, V. Departamento de Pediatria / Department of Pediatrics. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Org.). **Departamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Memórias e Histórias**. São Paulo: EDUSP, 2012. v.1, p. 224-249.

SANTANA, E. **Pronto-socorro do HC receberá agora só pacientes encaminhados. O Estado de S. Paulo, 2007**. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/noticias/geral,pronto-socorro-do-hc-recebera-agora-so-pacientes-encaminhados,42056>. Acesso em: 25 set. 2018.

SÃO PAULO (Estado). **Resolução SS - 83, de 17-8-2015**. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/diretrizes-para-dispensacao-de-medicamentos-no-estado-de-sao-paulo/resolucao_ss_83_2015_prescricao_de_medicamentos_sus_sp.pdf. Acesso em: 08 jun. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 1.160, de 9 de dezembro de 2011**. Transforma o Hospital das Clínicas - HCFMUSP em autarquia de regime especial e dá providências correlatas Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2011/lei.complementar-1160-09.12.2011.html>. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. **Decreto nº 59.824, de 26 de novembro 2013.** Altera o Regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59824-26.11.2013.html>>. Acesso em: 22 set . 2018.

_____. **Decreto nº 9.720, de 20 de abril de 1977.** Aprova o Regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1977/decreto-9720-20.04.1977.html>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. in: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais, orçamento e reserva do possível.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SIQUEIRA, Paula Sue Facundo de. Judicialização em Saúde no Estado de São Paulo. **Direito à Saúde, da coleção Para Entender a Gestão do SUS.** 1.ed. 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf> Acesso em: 20 abr. 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A judicialização da prescrição medicamentosa no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica. **Revista de Direito Sanitário**, v.9 n.1, p. 139-143 mar/jun de 2008.

TOLEDO, J. F. **Análise dos fatores que condicionam os processos de Judicialização na Divisão Regional de Saúde DRS XIII: um estudo sob a perspectiva dos prescritores.** 2017. 46F. Tese (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-17042018-162103/>. Acesso em: 20 abr. 2017.

VALENTE, M. T. et al. Intervenção do serviço social no impacto do diagnóstico crônico na infância e na adolescência. In: SILVA, A. **Instituto da Criança 30 Anos - Ações Atuais na Atenção Interdisciplinar em Pediatria.** São Caetano do Sul: Yendis, 2006.p. 155-173.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Basic Documents.** 48. ed. Genova: WHO Press, 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PARECER Nº 2.588.348, DE 09 DE ABRIL DE 2018, DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP DO HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O direito fundamental ao acesso a medicamentos, a judicialização da prescrição medicamentosa e os desafios trazidos aos gestores em saúde pública: estudo de caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP

Pesquisador: NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86862218.7.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.588.348

Apresentação do Projeto:

Este é um projeto voltado para a judicialização da assistência farmacológica, e seu impacto no Hospital das Clínicas

Objetivo da Pesquisa:

Visa averiguar as repercussões jurídicas, técnicas, financeiras e sociais de intervenções voltadas para fornecimento mandatório de medicamentos não disponíveis

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos- estudo de material de arquivo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está corretamente elaborado e poderá lançar luzes sobre a questão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dispensado o TCLE

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.588.348

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1099303.pdf	04/04/2018 11:49:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_TCLE.pdf	04/04/2018 11:48:35	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/04/2018 11:36:50	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaodoCIAF.pdf	04/04/2018 10:20:05	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	04/04/2018 10:17:55	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.588.348

SAO PAULO, 09 de Abril de 2018

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

APÊNDICE B – PARECER Nº. 3.120.947, DE 24 DE JANEIRO DE 2019 DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP DO HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise jurídica sanitária dos desafios enfrentados pelos médicos prescritores frente às necessidades dos usuários do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Pesquisador: NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86862218.7.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.120.947

Apresentação do Projeto:

Nova documentação foi enviada

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de Emenda ao protocolo, alterando título e aspectos operacionais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto se restringirá ao instituto da criança, e não a todo o Complexo HC. O texto geral foi modificado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi atualizado

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 3.120.947

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1286148_E1.pdf	18/01/2019 10:44:14		Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_Emenda.pdf	18/01/2019 10:41:00	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Outros	SubmissaoDeEmenda.pdf	18/01/2019 10:39:24	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_emenda.pdf	18/01/2019 10:30:43	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mestrando.pdf	18/01/2019 10:03:46	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/04/2018 11:36:50	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaodoCIAF.pdf	04/04/2018 10:20:05	NATASHA ZANAROLI SCALDAFERRI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome do(a) Participante: _____

Documento de Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____

Endereço Profissional: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Projeto de Pesquisa:

ANÁLISE JURÍDICA SANITÁRIA DOS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS MÉDICOS PRESCRITORES FRENTE ÀS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS DO INSTITUTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

2. Avaliação de Risco da Pesquisa

(X) Risco Mínimo () Risco Médio () Risco Maior

3. Duração da Pesquisa: 06 meses

4. Objetivos e justificativa da pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado com objetivo geral análise dos desafios enfrentados pelos médicos prescritores em concretizar o Direito à Saúde, frente às necessidades dos usuários do Instituto da Criança – ICr do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP

Tendo em vista que os profissionais médicos são atores com importante papel nas contendas jurídicas-sanitárias, bem como na concretização do Direito Saúde, porém pouco ouvidos e estudados, torna-se necessária a realização dessa pesquisa

5. Procedimentos metodológicos que serão utilizados:

Para execução desses objetivos, recorrer-se-á, primeiramente, às técnicas de pesquisa

documental e bibliográfica para o levantamento de dados primários e secundários respectivamente e, em seguida, à realização de entrevistas.

As entrevistas serão gravadas em mídia digital e terão duração aproximada de 30 minutos. Para realização delas, será feito contato prévio por telefone para agendamento de reunião. Conforme dia e horário agendados de acordo com a disponibilidade do(a) participante, a pesquisadora irá até o seu local de trabalho e, após explicar a proposta da pesquisa, irá convidá-lo(a) a participar de uma entrevista semiestruturada. Caso aceite participar, sua anuência será formalizada com assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entregue em duas vias, sendo uma via entregue ao(à) participante.

6. Desconfortos e riscos esperados:

Trata-se de pesquisa que envolve desconfortos ou riscos mínimos ao(à) participante da pesquisa. Por isso, o nome do(a) participante ou a informação do cargo ou função que possibilite a sua identificação não será divulgado em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo.

7. Benefícios que poderão ser obtidos:

Pretende-se oferecer maior entendimentos das barreiras levantadas pelos médicos prescritores, bem como as condutas e normas aplicadas no ICr, à luz da regulação administrativa jurídica sanitária, destacando-se a concretização do Direito à Saúde. Para que desta forma, as ações adotadas pelos gestores do HCFUSP e especificamente o ICr, possam modelar o crescimento da judicialização de medicamentos e insumos de forma mais compatível com o exercício da profissão médica dentro do complexo.

III – GARANTIAS AO(À) PARTICIPANTE DA PESQUISA ASSEGURADAS PELA PESQUISADORA

1. Acesso às informações sobre a pesquisa: Assegura-se ao(à) participante o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive o esclarecimento de eventuais dúvidas.

2. Liberdade de retirar seu consentimento: Assegura-se ao(à) participante a opção de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar desse estudo sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

3. Garantia da confidencialidade, sigilo e privacidade: Assegura-se a não identificação do(a) participante da pesquisa e a manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

4. Indenização: Como a participação nessa pesquisa não acarretará custos ao(à) participante, não será disponibilizado nenhuma compensação financeira.

IV – INFORMAÇÕES ADICIONAIS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA

Pesquisadora Principal: Natasha Zanaroli Scaldaferri

Documento de Identidade nº: 47883194-8

Órgão Expedidor: SSP/SP

Cargo/Função: Mestranda em Saúde Pública

Departamento: Política, Gestão e Saúde

Faculdade: Faculdade de Saúde Pública da USP

Endereço Profissional:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Núcleo Especializado em Direito

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 – 6º andar – Cerqueira César

CEP 05403-010, São Paulo, SP

Telefones:(11)2661-6400

E-mail: n.scaldaferri@hc.fm.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Endereço:

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Cerqueira César

CEP 05403-010, São Paulo, SP

Telefones:(11)2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Eu discuti as informações acima com a Pesquisadora Responsável Natasha Zanaroli sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pela pesquisadora.

São Paulo, de _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE D – DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

PERGUNTA 1 – Você trabalha ou já trabalhou na rede privada de saúde? Se sim, tratar os pacientes usuários do ICr é diferente do que os paciente do sistema privado? (prescrição de medicamentos, métodos diagnósticos, métodos terapêuticos outros)

DSC.1A – Agilidade do acesso à exames, tratamentos e terapias I

“Não do ponto de vista de conduta médica. Algumas questões limitantes às vezes, mas depende do serviço, às vezes tempo de atendimento interfere. No hospital que eu trabalho, lá se eu peço uma ressonância, vai ter no mesmo dia e aqui tem que agendar, falar com a pessoa para dar um jeitinho. Então em termos de recurso é muito diferente. Lá também a gente tem maior facilidade de exames que às vezes aqui a gente não dispõe. Você pode prescrever o que você quer. E outra coisa, muitos médicos de primário e secundário às vezes não sabem sobre a doença, então esses pacientes ficam com a gente ligado, e quando tem medicamento e muitas vezes não faz parte do holl do medicamento do HC, aí fica difícil, eu não posso prescrever nada, vão aparecendo mais medicamentos para diferentes doenças incuráveis. Então, realmente tem que pesar muito custo e benefício. Eu acho que o HC tem quase tudo, mas tem uma questão da agilidade, em um hospital particular você consegue os exames de um dia para o outro e acaba tendo muito mais recurso do que o hospital público, em termos de arsenal terapêutico e de investigação, eventualmente equipamentos, de contato com especialista, de medicações disponibilizadas na farmácia, vaga na UTI, gestão de material melhor, não espera acabar para mandar comprar na urgência. Você é ouvido, então se a qualidade do material é ruim, esse material não entra mais no hospital, aqui é o que é mais barato. Mas eu acho que dá para dar uma qualidade aqui sim. A população que é atendida no SUS tem demandas diferentes do que o que a gente costuma ver no particular. A (doença) dos pacientes é diferente, não mais fácil, nem mais difícil, é diferente. Se eu tiver uma cirurgia de porte grande e que eu preciso de apoio de vários especialistas para o pós-operatório para conduta, aqui é dez vezes mais fácil.”

[S03, S04, S07, S10, S11, S13, S16, S19, S22, S25, S27, S29, S30, S32]

DSC.1B – Comercialização da saúde

“O paciente do hospital privado confunde o pagar pelo serviço com direito a alguma coisa: já que eu estou pagando por esse serviço, eu tenho direito a fazer tantos exames, a internar em tal setor, a não ir alta. Isso acaba comercializando bastante o serviço de saúde e acho que atrapalhava às vezes. Eu vejo isso de diferente no SUS. Embora hoje em dia no SUS os próprios pacientes chegam já sabendo sobre a doença e querendo tal exame, no convênio e no particular isso é mais evidente. Aqui eu sinto uma maior liberdade de fazer o que eu acho que é mais adequado para o paciente, enquanto lá existe uma pressão de pedir mais exames, de fazer as coisas de uma forma que funcione mais rápido. Existem instituições que cerceiam a solicitação de alguns procedimentos ou algumas tecnologias, ou até a prescrição de alguns medicamentos que possam ser de um custo maior. Lá tem mais burocracia para algumas coisas. Aqui tem todo o protocolo certinho do porquê a gente usa. Às vezes o protocolo do hospital depende dos convênios apoiarem o protocolo e eles não necessariamente apoiam. As pressões que as empresas de saúde imprimem sobre o médico hoje, são muito pesadas, o médico perde muito

tempo tentando cumprir aquilo que as empresas de saúde querem. Elas impõem uma série de obstáculos para o atendimento do paciente, bloqueiam os pedidos e que você tem que ter mil justificativas, sempre tem uma pressão econômica.”

[S01, S02, S09, S11, S17, S18, S21, S28]

DSC.1C – Lugar singular I

“Aqui no HC a gente está bem privilegiado dentro do sistema público, a gente tem um arsenal de medicamentos, médicos e diagnósticos que na maioria dos hospitais particulares; aqui a gente tem muita disponibilidade. A Unidade Básica de Saúde na periferia de São Paulo é muito distante do que a gente tem aqui no ICr que é paraíso da rede pública de saúde também. Em outro serviço público que é um pronto socorro do SUS, lá eu tenho mais dificuldade ainda porque não tenho uma farmácia como eu tenho aqui. Inclusive tem coisas que eu consigo com mais facilidade aqui no ICr porque tem coisas que o convênio não libera. A gente tem a vantagem de ter os centros de pesquisa e que muitas vezes a gente consegue exames com a colaboração dos médicos ou dos pesquisadores. O HC é um núcleo ímpar, é um Oasis no deserto, te permite uma liberdade talvez maior. Tínhamos mais até no passado, mas os custos na medicina aumentam e hoje a instituição pública tem uma preocupação com o custo maior. Aqui no Hospital das Clínicas a gente tem um privilégio, ligado a universidade, você tem profissionais que atuam em todos os hospitais privados de ponta de São Paulo, você acaba tendo recursos, especialmente do ponto de vista técnico.”

[S01, S06, S07, S09, S17, S23]

DSC.1D – A questão social dos pacientes influencia no tratamento

“Eu trabalho em uma instituição privada onde as questões sociais pegam muito porque é classe C, D, o convênio não cobre, eles entram com liminar. Em relação ao Instituto da Criança eu acho que mais do entendimento do paciente, é questão mais intelectual que influencia no entendimento da doença e de aderir ao tratamento. O número de exigências, de esclarecimentos, de preocupação, de stress com anestesia que as famílias do setor privado têm, é totalmente diferente daqui. As famílias às vezes são mais orientadas e isso facilita na aderência ao tratamento, mas isso não é uma regra, porque às vezes apesar de ser mais orientada ela é muito mais ansiosa. Acho que para mim a maior diferença é na postura de alguns clientes que se empoderam na condição donos de um convênio e que se colocam de um jeito mais reivindicador do que o paciente SUS.”

[S08, S20, S23, S29, S30]

DSC.1E – Volume dos pacientes

“A gente tem um número de pacientes que atende maior por mesma unidade de tempo. É que tem muitos pacientes fazendo muitos exames todos os dias. Talvez seja um pouco exagerado a facilidade com que são pedidos e obviamente acaba faltando dinheiro para outros e outras coisas. Então acho que falta uma educação melhor de quem está requisitando exames,

medicamento. Para a saúde pública acarreta um grande problema; extrapola o gasto de um lado e consequentemente a fatia é menor para outras coisas. Eu já acho um absurdo o HC fornecer o medicamento de graça para todos os pacientes, o paciente nem dá valor, tem paciente que leva o remédio e não toma o remédio em casa. Se ele tivesse que ir na farmácia lá comprar, que fosse um preço baixo, ele ia dar mais valor. A gente trabalha com um regime de sobrecarga muito grande porque você não tem uma hierarquização. Me sobrecarrega porque vem coisas relativamente pequenas que é para ser resolvida em nível regional para aqui. O paciente tem bastante recurso de medicamento, ele tem uma rede de apoio, o grande problema lidando com doenças raras, é que a maioria não é de São Paulo, então a assistência precisaria ser uma coisa mais próxima, isso dificulta, a família não pode ficar aqui, e a gente não tem um outro centro para a gente dividir o paciente que entenda a complexidade do paciente.”

[S14, S27, S28, S31]

DSC.1F – Não há dificuldades em obter medicamentos e exames no ICr

“Na verdade eu acho que não porque a complexidade dos casos daqui geralmente é muito maior do que as instituições privadas. Mas aqui no ICr, no geral, a gente não tem tanto essa dificuldade de obtenção de medicamentos e de conseguir exames, pelo menos no nosso meio não.”

[S15]

DSC.1G – Maior possibilidade de prescrição no sistema privado

“Na questão de prescrição você tem uma possibilidade muito maior de medicamentos. Eu acabo tendo que ajustar o tratamento tentando não causar malefício. A gente tem um acesso maior a medicamentos, maior disponibilidade de adquirir o que você prescrever. Aqui a gente se restringe aos medicamentos que o HC fornece.”

[S04, S18]

DSC.1H – Quando está no público, pensa coletivamente e quando está no privado pensa individualmente.

“ Quando eu estou na saúde pública eu tenho que pensar no coletivo, um exemplo, vacina. Não adianta eu ter uma vacina muito cara e vacinar dez pessoas. Quando eu penso no privado, eu penso no meu filho, tem uma vacina que custa 350 reais que é mais ampla que o SUS oferece. Quem procura a medicina privada pensa só nela, já o público é outra decisão.”

[S26]

DSC.I – Os médicos do ICr não recebem aumento e falta boa de estrutura física para os funcionários.

“Aqui não tem recurso. Deve fazer uns nove anos que não teve mais nenhum aumento para os médicos. Na medida que eu estava atendendo em uma sala em ventilador, sem ar condicionado, não tem condição de manter o mesmo humor, você cansa muito mais e você se irrita mais.”

[S19]

PERGUNTA 2 – Os recursos oferecidos pela própria Instituição, são fatores limitadores, de alguma forma, para exercer sua profissão? Em quais os aspectos?

DSC.2A – Disponibilidade de atendimento ambulatorial, medicamentos e exames

“Coisas que eu não posso prescrever porque não faz parte do guia farmacológico do HC. Tem medicamentos que eu gostaria de prescrever que seriam melhores para o meu paciente e existe uma determinação que não é para a gente prescrever, que se o paciente entra com uma liminar somos nós que vamos pagar, isso será descontado. É questão de insumos sim. Quando sai de alta quem tem que começar a bancar é o posto de saúde. Nós temos que confiar que a UBS vai dar conta. E é muito complexo porque eu realmente parei em um certo degrau e agora eu preciso de uma coisa que aqui ainda não tem. Aqui a gente tem vários ambulatórios bem cheios que não suportam necessariamente os nossos pacientes, tem uma fila de espera muito grande, às vezes a gente precisa encaminhar um paciente também não consegue mandar muito facilmente para a rede. O ambulatório de especialidades do SUS cumpriria muito bem o papel de cuidar de um paciente com diabetes mellitus tipo I, mas não é o que acontece. Então acaba sobrecarregando aqui. O atendimento de equipe multi, fono, fisio, T.O, essas coisas às vezes a gente precisa mandar para outros lugares também. Às vezes a gente quer uma medicação que não tem, aí precisa ajustar para uma mais acessível. Para as doenças mais comuns a gente tem uma boa gama de medicamentos, mesmo os biológicos. As vezes acaba usando o medicamento que não é a melhor, às vezes introduz o paciente em um protocolo de pesquisa, então a gente vai buscando alternativas, Às vezes até o instituto paga por medicamentos que não estariam disponíveis na rede pública frente a uma justificativa. A gente tem três grandes problemas aqui: a falta do recurso terapêutico de medicamento, do arsenal de investigação com os equipamentos que permitiriam monitorizar melhor o paciente e a falta de leito.”

[S05, S08, S10, S11, S13, S15, S16, S22]

DSC.2B – Não há limitação

“Geralmente a gente tem acesso aos exames fácil. Acho que a gente até está em um Oasis dentro do Brasil. A gente não pode reclamar, faz uma medicina de ponta, cuida de criança transplantada de fígado, cuida de umas crianças super graves aí e no geral a gente não tem muita limitação disso. A gente sempre pesa custo/benefício porque para criança nenhum exame é simples, às vezes precisa de uma anestesia, às vezes para colher sangue é uma dificuldade, então a gente é muito seletivo e no geral também não usa exames sofisticados. Aqui é um serviço de excelência do Brasil, eu não tenho dúvida que é o melhor. Eu tenho às vezes alguma dificuldade na obtenção de alguns exames de imagem, por exemplo, atualmente por grande demanda, mas isso nunca atrapalhou o tratamento. Tem alternativas. Eu acho que aqui é oferecido o melhor, como se fosse um hospital particular. O exame de imagem é bem feito, o laboratório é bom, a maioria das medicações que a gente prescreve sendo elas caras ou não, às vezes falta um pouco de leito, mas aqui eu acho que é excelente.”

[S07, S15, S20, S21, S24, S26, S30, S31]

DSC.2C – Agilidade do acesso à exames, tratamentos e terapias II

“São às vezes limitadores no sentido de certa agilidade; não consegue ter disponibilidade de um centro cirúrgico e um exame. Acho que falta as outras profissões da saúde que interagem com a gente. Da parte médica eu acho que os recursos poderiam ser melhores, mas eles são bons recursos, demora um pouquinho, atrasa, mas é difícil a gente não ter algo, de jeito nenhum. A gente tem acesso a tudo que a gente precisa, mas às vezes não no tempo que a gente quer. Às vezes você precisa de um exame, um ultrassom e só tem para o ano que vem. Dá para comparar a evolução de criança que está aqui com a mesma patologia em outro serviço e a gente vê que a evolução é muito mais favorável fora daqui, tanto em termos de material que a gente tem, de tempo para fazer diagnóstico e para fazer intervenção. Em termos de equipe, você tem muito mais médicos disponíveis, uma equipe de enfermagem muito melhor treinada, muito melhor remunerada e muito mais feliz no trabalho, muito melhor do que a sobrecarga de trabalho que a gente tem aqui. Principalmente de uma terapia multiprofissional com fisio, fono, a gente tem pouca disponibilidade.”

[S01, S04, S17, S18, S23]

DSC.2D – Lugar singular II

“Dentro do ICr a gente tem um mundo muito privilegiado, a gente consegue rapidez em exames e medicamentos que dependendo do hospital privado a gente não conseguiria. O HC permite que a gente trabalhe com muitos recursos, mas é claro que nós não temos todos porque nós temos a população mais grave teoricamente do país. Aqui no HC a gente ainda está em um Oasis da saúde pública, tem ressonância, tomografia, medicamentos até bem mais avançados em relação aos outros hospitais públicos. Estamos falando de um hospital público diferenciadíssimo.”

[S01, S04, S17, S18, S23]

DSC.2E – Limitam em relação à gestão de pessoas

“Eu estou aqui porque eu gosto, se eu sair não entra outro no meu lugar porque essa vaga não é reposta. É uma ilusão você falar que com o meu salário, mesmo no plantão extra aqui, que eu consiga pagar a escola das crianças. E isso até no relacionamento de médico/paciente atrapalha, você está preocupado se você tem que sair correndo para operar outro caso. Um plano de carreira de trabalhar no mesmo lugar ganhando descende para ter uma qualidade de vida e uma aposentadoria boa, talvez fosse diferente. Em termos de equipe, às vezes você tem muito mais médicos disponíveis, você tem uma equipe de enfermagem muito melhor treinada, muito melhor remunerada e muito mais feliz no trabalho, na relação profissional paciente muito melhor do que a sobrecarga de trabalho que a gente tem aqui. O Instituto da Criança acho que é o melhor serviço público de São Paulo em pediatria, mas acho que as maiores restrições são de RH. A gente já trabalhou em uma época em que a gente tinha uma equipe multi e hoje a gente não tem. O Instituto cresceu muito, reabilitação tem que ser feita perto da

casa e aí o SUS não é suficiente de verdade. Um serviço público pagar mal aqui no Brasil faz com que os médicos vão embora e a qualidade consequentemente caia também, você tem muitos médicos novos e com pouca experiência, isso também atrapalha em uma Instituição de ensino.”

[S02, S25, S29, S32]

DSC.2F – Gasta-se muito com único paciente I

“Eu estou aqui porque eu gosto, se eu sair não entra outro no meu lugar porque essa vaga não é reposta. Naquele assunto de gastar um dinheirão em um remédio que melhora mais ou menos um paciente que você podia gastar em tudo isso. A medicina tem achado mais doenças novas ou diagnosticado mais doenças que eram consideradas doenças raras, mas isso a gente consegue via recurso ou doação, ou parceria com alguns laboratórios que não é uma coisa para sempre, é para alguns pacientes só. Nesse ponto eu acho que a medicina está em um ponto complicado porque a gente cuida de doenças muito complicadas que às vezes precisam de medicamentos muito caros, um paciente só pode às vezes gastar cem mil reais, e poderia tratar muitos outros com umas coisas mais simples. Um exame só, um (exoma) que às vezes pode custar dez mil reais, poder fazer outros milhares de exames simples, mais baratos, é um dilema. Eu não sei quem que decide isso.”

[S19, S32]

DSC.2G – Incorporação de tecnologia

“Embora nós estamos vivendo um período de muita ampliação dos recursos terapêuticos disponíveis, das novidades sendo incorporadas no próprio Sistema Único de Saúde, tenho limitações. O Sistema Único de Saúde vai me dar um ferro que eu não tenho à disposição, tem mais efeitos colaterais, é mais chato de calcular posologia, tem que ter jejum para tomar e no meu consultório privado eu posso usar um ferro que não precisa de jejum, que é mais gostoso, que tem uma palatabilidade melhor mesmo com o preço mais alto. Tem uma certa limitação qualitativa do tratamento, não quantitativa. A medicina evoluiu tendo alguns recursos diagnósticos que são extremamente caros e que a gente sabe que onera demais para serem feitos, mas que eu acho que deveria ter essas liberações.”

[S06, S09]

DSC.2H – Limitam questões acadêmicas

“Você estando em uma Instituição de ensino também de ponta, esse seria um sonho ideal poder usar melhores exames, melhores medicamentos para poder inclusive comparar com a literatura de fora, ter exames disponíveis rápidos para fazer um diagnóstico, um follow-up. Então como é que eu vou comparar com a literatura a melhora de uma medicação se uma colonoscopia que só tem vaga para daqui um ano.”

[S32]

DSC.2I – Criatividade

‘Acho que para serviço público a gente se vira, às vezes a limitação faz com que a gente seja mais criativo. Acaba tentando achar uma segunda, terceira opção.’

[S22]

PERGUNTA 3 – Você conhece as regras e/ou recomendações da Instituição que tratam da prescrição? Se sim, as regras/recomendações influenciam na sua tomada de decisão?

DSC.3A – Não existem influências ou limitações

“Acredito que sim, o que é preconizado pela ONA, questão de prescrever, prescrição ser dupla checagem, checado por dois médicos, maneira de prescrição o que que deve estar escrito, o que não deve. Conheço, mas nunca li. Sei que eu só posso prescrever oficialmente o que é do HC, a gente vê no site. Não lembro disso ter sido um grande limitador, mesmo eventualmente drogas muito fora do padrão, tem possibilidade de pedir e ser autorizado a compra. Eles estão pedindo para a gente fazer prescrição eletrônica agora e geralmente quando a gente prescreve de alguma maneira diferente a farmácia avisa a gente. Acho que são regras válidas. Na tomada de decisão não, mas na rotina influenciam. Por exemplo, horário de liberação de prescrição ou alguma alteração que a gente tenha que fazer na hora de prescrever por conta da farmácia depender ou não medicamento para a gente. Elas influenciam porque gente tem que saber tudo o que eu escrevo em receita o hospital é obrigado a fornecer. Então eu não posso escrever na receita, um exemplo, papinha da Nestlé. Não limita, pontua.”

[S01, S02, S07, S10, S15, S21, S24, S26, S28, S31]

DSC.3B – Existe a influência, mas existem alternativas

*“Temos que conhecer. Os residentes são apavoradíssimos com essa ideia: eu não posso escrever um tratamento de *** porque um paciente pode sair daqui e pode judicializar. Mas eu não acho ético um paciente sair daqui sem o seu tratamento. Eu conheço as regras da Instituição, as respeito no máximo que eu posso oferecendo o que tem aqui. *** é um tipo de arsenal terapêutico que no prédio de pediatria não é entendido como prioritário e eu sei que a orientação é não prescrever coisas que não existam a disponibilidade aqui, mas nesse caso eu preciso. Às vezes a gente tem que burlar, mas isso é uma forma completamente não oficial porque é necessário, a família tem disponibilidade e sabendo que não há questão daqui, então se quer comprar, ok. Mas nós sabemos e tentamos responder e respeitar as regras. O não padronizado a gente acaba usando, então, teoricamente não limita, eles mandam comprar, daí demora umas duas semanas para chegar; estendendo bastante o tempo de internação. Às vezes tem uma frequência muito alta de falta de alguns medicamentos, a gente tem que escolher outra estratégia. Na medida do possível a gente tenta ajustar. Se ele tem condição, a gente acaba prescrevendo porque sabe que é melhor para o paciente. As regras relacionadas à segurança influenciam para o bem.”*

[S06, S08, S11, S16, S17, S18, S20, S22, S30]

DSC.3C – Influencia

“Influenciam sim em algumas questões. Algumas coisas a gente não pode prescrever porque não estão disponíveis. Como funcionária eu preciso segui-las.”

[S03, S05, S05, S13, S32]

DSC.3D – Imposições sofridas pelos médicos

*“Eu nunca aceitei fazer alguma medida para pedir os mais caros e a gente sabe que os laboratórios vem me pedir para eu, como médico que tenho um ambulatório disso, prescrever esses para a instituição comprar. Eu sou contra. Você tem algumas medicações que são *** produzidos especificamente por um laboratório, algumas drogas são importadas, elas são muito caras, se você tiver opções mais baratas e um pouco menos eficientes, às vezes você recebe uma pressão pra dizer: não dá. Aqui dentro do Instituto a gente só pode prescrever o que está no bulário do instituto. As vezes complica a prática da gente porque as necessidades das crianças que a gente atende vão além do bulário HC e aí a gente é treinado para não prescrever, ou no máximo para orientar que pode haver outro recurso e o HC diz que ou ameaça a gente dizendo que a gente pode vir a ser a figura a ter que prover isso. Eu estou falando de necessidades básicas. Então eu tenho que ensinar essa mãe a ir para o SUS e defender o direito dela de retirar as fraldas. Cadeira de rodas, o instituto de ortopedia hoje tem uma fila que vai além dos cinco anos, então a gente também dá orientações para que a mãe vá reivindicar a cadeira de rodas. Eu acho que o HC não precisa prover tudo mesmo, mas é um pouco esquisito a gente fazer prescrições orais e não poder registrá-las para até facilitar o caminho das pedras. Elas assustam um pouco na verdade, porque alguns medicamentos a nível ambulatorial que não tem, se você não tomar cuidado de checar antes, pode entrar nessa parte de judicialização, existia até um terrorismo que dizia: se fizer isso, quem vai pagar é você. Sente que você está pisando em ovos e que o campo minado é que a instituição não se importa muito com você, não importa que salvou a vida da criança. A instituição tem uma postura tão antipática para os médicos. Isso é uma coisa que a gente acaba lidando nos últimos anos, porque cada vez mais a medicina está sendo de precisão, mais medicamentos específicos e, portanto, mais caros. Tem que ter um entendimento entre a indústria que produz e o governo porque o que não dá é o médico ser o obstáculo para o paciente. Então eu sinto que o profissional é o anteparo da instituição para dizer não posso dar essa receita. A instituição fala que se a gente prescrever está indo contra a cartilha da instituição, mas o paciente se a gente não prescrever vai dizer que a gente está indo contra a cartilha do dever médico, nós não somos culpados que existe a doença, nem que existe o tratamento e nem que existe uma verba, a sociedade tem que se entender sem colocar o médico na linha de frente.”*

[S14, S19, S23, S27, S29]

DSC.3E – Orientações da administração

“Acho que não com todos os detalhes que eu deveria saber, o que pode ser prescrito é só o padronizado, a gente sempre dá uma consultada com alguma autoridade competente porque é difícil para o médico saber tudo o que pode e o que não pode ser prescrito dentro do complexo.”

A instituição tem pegado bem pesado nas regras de prescrição de pouco tempo para cá. Eles estão orientando melhor como prescrever as coisas, o que o sistema vai limitar ou não, senão a gente não pode cobrar e receber do SUS.”

[S17, S25]

PERGUNTA 4 – Você sente dificuldade em realizar sua missão como médico dentro do ICr? Se sim, quais e de que forma?

DSC.4A – A missão é cumprida

“Eu não sinto. Eu tenho um privilégio de trabalhar em uma área que me permite negociação, flexibilização, pequenos ajustes. A minha limitação aqui ela não implica falha na minha missão. Em uma unidade da periferia que tem uma demanda enorme de atendimento, esgotamento dos itens de prescrição básicos e eu tenho paciente que não tem dinheiro para comprar uma medicação de lavar nariz, aí eu sinto que a missão de ajudar fica comprometida. Mas aqui a gente acha caminhos alternativos, a gente consegue fazer e atuar melhor sem nenhum tipo de restrição. Me exige criatividade e obviamente a gente sofre de algumas restrições. Eu posso dar um exemplo, se eu tiver no pronto socorro com três, quatro, cinco pacientes muito graves e não tiver vagas na UTI, às vezes me obriga a fazer escolhas de quem eu vou mandar para a UTI ou tentar uma vaga fora. Mas o paciente que fica lá embaixo ele não vai deixar de ser cuidado, talvez eu não possa oferecer para ele o que a Instituição tem de melhor, mas a gente chama a equipe, pede ajuda, troca informação. Aqui, apesar de tudo a gente conta com muita boa vontade das pessoas, tem algum recurso meio limitado, mas eu nunca vejo ninguém se recusar a fazer, a tentar, a gente sempre consegue de um jeito ou do outro. Acho que quem trabalha no ICr tem um certo privilegio porque é uma instituição de ponta. A minha missão principal é assistencial e ensino, e eu acho que agora ela está bem suprida nisso. De assistencial eu praticamente consigo praticamente tudo.”

[S01, S06, S15, S16, S20, S21, S22, S24, S25, S26, S28, S29, S30, S31]

DSC.4B – A falta de alguns elementos estruturais dificulta o cuidado

*“E eu acho que as questões dos bipaps também é um grande limitante. Tenho paciente morando aqui. A mãe fica aqui porque não tem bipap para levar para casa e não tem equipe para fazer a assistência em casa. Falta às vezes o exame, às vezes tem uns ambulatórios muito cheios, às vezes preciso encaminhar um paciente para uma determinada especialidade e essa especialidade não pode atender por falta de vaga. Então isso acontece muito com alguns exames, tem vaga para daqui há muito tempo. Acaba pedindo para o colega médico para um encaixe e assim, geralmente a gente consegue. Às vezes eu fico *** por ser chamada para uma reunião administrativa quando a questão da assistência está precisando. Sinto falta de pessoal. A gente tinha que ter um número suficiente de pessoas para dar conta com qualidade de serviço, paciente em primeiro lugar e depois vem a cobrança de fazer ensino e pesquisa. Justamente por existir hoje uma preocupação maior com o custo é difícil quando você tem um padrão muito rígido que as exceções sejam contempladas. Isso te prejudica em fazer o que você considera que seria interessante e importante naquele momento. Preciso de equipe multidisciplinar que eu não tenho, fisio, fono, psíquico e para os pais de pacientes que eu precisava da psicoterapia. Às vezes é pelo tempo que leva para conseguir alguns exames, dificuldade de encaminhamento porque todo mundo referencia os pacientes para cá, mais várias interconsultas no sistema online são negadas e a gente fica sem ter para onde*

referenciar. A rede básica também não atende, a rede secundária e primária não absorvem. Vou atender sem condição física do ambulatório. É um risco muito grande para as pessoas na linha de frente, são pouquíssimos médicos assistentes que fazem, geralmente é residente. A gente vê que teve excesso de paciente pela relação, paciente/enfermagem inadequada pela relação médico/paciente inadequada, a gente não mantém um controle adequado das crianças. O HC não tem capacidade de atender todos os pacientes que atende.”

[S03, S07, S08, S09, S10, S13, S17, S19, S25, S32]

DSC.4C – A questão social dos pacientes influencia no tratamento II

“Tem uma parte que é fora da nossa capacidade de intervenção, que é a questão social dos nossos pacientes, vários tem doenças muito complexas em situações sociais ruins ou médias, são de outras cidades, outros estados, a casa não tem todo o preparo para receber uma criança que precisa de todo um cuidado. Aí de novo a falta das outras partes da terapia que a gente não consegue oferecer, fisio, fono, TO, ambulatorial. E isso importa no cuidado porque não é só o curar e tratar, mas também ter a relação e cuidar deles, de conversar com os familiares, de abordar de uma forma mais completa do que só dar o remédio.”

[S02, S18]

DSC.4D – Relação com o paciente

“Tanto no aspecto de relacionamento com pacientes, como de valorização dentro da Instituição. Eu acho que a minha missão é fazer a diferença, melhorar de alguma forma a vida das pessoas. E eu acho que aqui a gente faz não só com os pacientes, mas como equipe, a gente lida com os residentes, com os alunos, com colegas, mas daí você pergunta se eu fico frustrada em muitos momentos? Com certeza. Os nossos pacientes são muito complexos e às vezes a gente não consegue lidá-los da melhor forma que poderia.”

[S04, S11]

DSC.4E – Lugar singular III

“Sim, do ponto de vista técnico, do ponto de vista humano eu acho que não. A gente tem equipe grande, tem pessoas qualificadas, os residentes são bons, a gente consegue fazer um ensino, consegue fazer a assistência adequada. Eu tenho plena consciência que se eu for comparar com qualquer outro hospital do SUS, não dá para comparar.”

[S03]

DSC.4F – As dificuldades são superadas pelo amor à Instituição

É um leão a cada dia, mas eu adoro o hospital, a instituição, os pacientes, meu trabalho. São muitos anos, a gente tem sim dificuldades, mas a alegria de você poder formar tantas pessoas que passam por aqui, tantos médicos, estudar, fazer protocolos, eu adoro o HC assim.

[S14]

DSC.4G – Dificulta principalmente nos casos graves

Limita, principalmente aqui que é caso grave, porque para caso leve não, é normal.

[S05]

PERGUNTA 5 – O que você acha que o HC/ICr poderia fazer ou o que você acha que ele tem feito para melhor as dificuldades enfrentadas por você?

DSC.5A – Gestão de pessoas e contratação de equipe multiprofissional

“Faltam certas pessoas de equipe multi que limitam meu trabalho como médica, limita o tratamento e acompanhamento daquele paciente.. Às vezes que a gente fica em embates legais com as mães. Eu acho que falta uma equipe forte aqui no Instituto, facilitaria ter uma equipe multi em um lugar tão complexo como o HC. Ter mais fisioterapeuta, mais psicólogo, psiquiatra, fono, até outras coisas tipo doutores alegria, cão terapeuta, música, atividades com as crianças seria legal, nutricionista e assistente social. Acho que dava para aumentar a quantidade. Eu não acho que o ICr tem que necessariamente suprir uma falta que é da rede toda, mas dava para contratar um pouco mais de gente para algumas coisas. Eu acho que acaba ficando todo mundo muito sobrecarregado em diversas. Aqui, por exemplo, a gente está com falta de anestesista, aí isso acaba diminuindo o número de cirurgias. Em relação ao atendimento ambulatorial, prescrição de medicação, está tudo bem, a parte de enfermagem, de internação também. Mesmo a gente sendo terciário a gente precisa de uma rede secundária. Acho que deveria priorizar muito o funcionário também, não só o paciente. Acho que falta um pouco mais do que a gente acha que pode mudar nessa parte de carga horária, de rotina, o quanto que a gente sofre de pressões ou influências de outras coisas, podia ser uma coisa um pouquinho melhor observada. Eu acho que todo mundo aceita a limitação de não ter dinheiro para medicação A ou B, mas o que indigna as pessoas é a gestão de recursos e a gestão de funcionários. Não existe recurso público suficiente para ter uma contratação adequada, você tem uma contratação super distorcida aqui no HC que metade é funcionário público e metade não é, não contrata funcionário suficiente. Não adianta você querer ter um material de ponta se você tem no plantão às vezes um técnico de enfermagem com oito bebê de UTI. Tem que investir em profissional, em remuneração melhor, em números de pacientes, relação profissional/paciente adequado, treinamento adequado. Acho que o grande stress daqui também do HC é que os médicos ganham pouco e acabam tendo que complementar o salário em outros lugares e isso atrapalha o rendimento. Acho que falta comunicação entre as equipes, porque é tudo muito grande. Isso é um desafio. Eu acho que o sistema ele é muito engessado, tudo é muito complicado, essas coisas de pregão, licitação, etc., nesse ponto eu acho que o médico é muito pouco ouvido. Eu acho que às vezes a gente precisa como Instituição pública, realmente uma parceria com o Ministério Público ou algum tipo de amparo.”

[S01, S02, S04, S08, S11, S12 S15, S17, S19, S23, S24, S25, S28, S32]

DSC.5B – Descentralização de atendimento

“Teria que ter fisio perto da casa das pessoas, não é para centralizar aqui, porque também não dá conta e foge um pouco do limite do HC. De nada adianta conseguir mais coisas se a rede tiver desestruturada, aqui é um centro de alta complexidade, não é para receber paciente de baixa complexidade e média complexidade. Eu acho muito ruim o fluxo de trabalho, é tudo muito no favor porque no fluxo as coisas não acontecem. Se eu for esperar o (CROSS) liberar vaga para o paciente, nunca vai acontecer. Não tem como trabalhar sozinho e os pacientes que estão internados aqui é por falha da rede, não é falha do HC, a rede tem que estar estruturada para receber um paciente domiciliar. Não é para vim do Amapá, é para ter um centro regional

mais perto. Fazer talvez uma campanha para conscientizar o paciente de que não é o HC o responsável por tudo da vida dele, tem o postinho de saúde, tem a medicina de base, eles têm que usar a rede. Como é que eu soluciono um problema do ICr que a origem nem sempre é ICr? Eu acho que uma das coisas importantes para a gente melhorar a condição de trabalho aqui seria retomar a ideia do trabalho multi ou transdisciplinar. Pedir para o ICr estar articulado com a rede seria o ideal, mas eu acho que esse movimento devia partir dos dois lados e não só do ICr. A gente talvez pudesse pensar idealmente em reuniões periódicas onde pudesse trocar ideias com quem está cuidando na periferia para abraçar determinados casos, a reabilitação próxima de casa, o HC pode assistir essas crianças em determinadas coisas, mas o segmento delas poderia estar sendo feito por um pediatra geral. O maior problema nosso é casos novos, para o paciente conseguir chegar aqui. A gente tem tentado dar alta para os pacientes que não precisam do atendimento HC.”

[S02, S03, S26, S27, S29, S30, S32]

DSC.5C – Gestão de recurso e aporte financeiro

“Eu entendo que seja problema do sistema de saúde, na verdade é má gerência de dinheiro do governo sempre, mas tinha que ter mais recurso para fornecer para os pacientes o que eles precisam de uma forma correta. Acho que é a gestão na verdade. O que eu tenho de percepção é que nós fomos encolhendo em termos orçamentários, porém cada vez mais somos obrigados ao que ninguém consegue fazer que são os casos complexos, raros e onerosos. Então aumentou a nossa demanda no sentido de trabalho, buscando a nossa expertise, mas o aporte financeiro não subiu. Atendendo a uma demanda nacional e internacional. E para mim, falta a administração vender esse trabalho para o governo, das nossas dificuldades, buscando o aporte que não necessariamente deveria ser do governo de São Paulo. Eu vou lá no Nordeste e vou formar equipe, e isto vai reverter em dinheiro para os meus profissionais e para os meus serviços aqui. Fulano se aposentou e eu não tenho como contratar. Eu não tenho como aumentar a condição de salário e não busca outras formas de conseguir essa verba, mesmo com a expertise que nós temos que é tão elogiada no país inteiro. É um contrassenso, eu exijo tanto de vocês, mas eu não vou promover um aporte financeiro. Vira e mexe a gente recebe aviso de Brasília que a medicação foi cortada por tempo indeterminado. Tudo isso gira em torno do dinheiro mesmo, da verba para a contratação, concurso público e etc., acho que tem que ser a parte administrativa se empenhar de alguma forma ou através dos recursos estaduais, federais ou através de recursos privados. Falta mais envolvimento do governo para ajudar na educação da população. Eu não acredito que a gente não tenha recurso, eu só acho que o recurso está locado no lugar errado. Uma das coisas que antigamente acho que não tinha muita preocupação com gestão do serviço público, hoje já tem um movimento de gente capacitada e de treinar. Eu acompanho as reuniões de planejamento estratégico, coisa que assim há vinte anos não existia aqui e hoje você vê que tem muita gente empenhada e dedicada..”

[S05, S09, S19, S22]

DSC.5D – Medidas que o ICr tem realizado

*“Em termos financeiros a gente tenta racionalizar o que dá, não desperdiçar. Mas é difícil às vezes, ainda mais em um hospital escola que você às vezes tem questões que vão além só da assistência. Acho que para ajudar a racionalizar burocratizaram para poder evitar desperdício. Eu acho que o HC já tem feito alguma coisa em relação a parte de agenda cheia, de lotação, o que eles estão priorizando, que estão pedindo para só transferência de paciente via CROSS, os mais grave e que precisam mesmo de uma melhor investigação. O governo põe regras, mas assume muito pouco essas regras. Por exemplo, é consagrado o modelo de assistência do SUS, piramidal de assistência primária, depois a secundária para você ser direcionado para a terciária ou para quaternária, isso é uma coisa que você não vê o governo empenhado em educar a população para isso. Por outro lado, a superintendência junto com a Secretaria de Saúde definiram que o Hospital das Clínicas passou a ser um hospital referenciado, ou seja, para vir para cá precisa vir via plantão controlador, que as portas deveriam ser fechadas, mas quantas vezes você leu no jornal, você viu na propaganda da televisão ou no rádio, ou panfleto você não deve procurar a porta do Hospital das Clínicas? Eu entendo que politicamente isso não seja interessante, a gente tem um discurso que o paciente desconhece, isso cria muito conflito, a família não aceita, ofende, agride. Nós estamos nos posicionando em função daquilo que é orientado, mas do outro lado não tem ninguém que está fazendo isso pela gente. A farmácia tem uma comissão em que eles analisam esses casos particulares, e eventualmente eles têm liberado a medicação que não seria pelo SUS. Eu consigo falar pelo meu setor, a cada dois meses existe uma reunião de todas as chefias de *** para discutir as limitações. Eu não estou 100% contente porque eu vejo que existe um esforço muito maior em solucionar as questões relacionadas aos pacientes adultos, mas eu acho que tem um esforço.”*

[S03, S07, S16, S22, S31]

DSC.5E – Maior apoio social aos pacientes e familiares

“Da parte social eu acho que é uma limitação também maior do que o escopo do HC. Algumas ações que ele faz para minimizar são nas casas de apoio, transporte da moradia para o tratamento, o contato com a UBS ou hospital da região. Acho que precisa de mais tempo para conversar, esclarecer as dúvidas, explicar o tratamento, a necessidade dele, o paciente nem sempre traz as dúvidas. Mas eu acho que deveria partir dos médicos, mas a gente tem tantos pacientes para atender que acaba não dedicando.”

[S02, S20]

DSC.5F – Maior estrutura física

“Um sonho seria realmente aumentar a estrutura física. o Brasil inteiro depende daqui né. Mais atuante no ambulatório e mais leito de internação, quando nosso paciente do ambulatório precisar de internação.”

[S31, S32]

DSC.5G – Monitoramento e implementação de novas tecnologias

“A postura ética do serviço é implementar e monitorizar as inovações que vão acontecendo e incorpora-las, isso o SUS já faz e a Instituição HC também deveria fazer. A monitorização científica das novidades que vão aparecendo e dentro de uma questão de custo/benefício serem adotadas caso haja necessidade. Conversar com as especialidades sobre uma atualização dos exames e terapias disponíveis, porque a gente tem algumas terapias que já são aprovadas pela Anvisa, que já estão no SUS disponíveis, mas como a gente não tem incorporação no holl, não consegue prescrever.”

[S06, S13]

DSC.5H – Reduzir a falta medicamento

“É lógico que o fornecimento dos medicamentos é superimportante, nós temos constantemente medicamentos indispensáveis em falta, outros medicamentos que a Instituição não consegue comprar. A gente sabe das limitações gerais da disponibilidade financeira de uma Instituição pública, a gente não quer que ela tenha um despende maior do que o necessário, tanto que a gente tenta manter uma melhor prescrição para poder ajudar inclusive a Instituição.”

[S04]

DSC.5I – Não há problema

*“Aqui em relação a *** não tenho tido problema nenhum, inclusive as demandas em relação a pacientes com ***, com patologias graves, eles têm um bom senso de passar à frente dos outros pacientes com patologias menos graves. Talvez uma patologia específica da *** que acaba sendo prejudicada, pois não são de urgência e podem esperar, mas acabam esperando um tempo prolongado.”*

[S21]

PERGUNTA 6 – O que você entende por Direito à Saúde?

DSC.6A – São ações que antecedem o atendimento no hospital

“Direito à saúde vem desde muito antes da pessoa chegar no hospital e ser atendida, vem de um bom atendimento preventivo, prevenção de doenças, acesso a saneamento básico, a unidades básicas de saúde, a medicamentos. Até acesso à educação é acesso a saúde. A gente vê a diferença até de entendimento do tratamento do paciente, que tem dificuldade de compreensão e com escolarização tem um nível de entendimento maior. Entender saúde como uma condição que não é só física, mas uma condição de estar no mundo, interpretar o mundo, se relacionar com o mundo e de alguma forma propor as alterações. Uma condição social para ter essa interação, condição de onde vive, como vive, quanto ganha, se consegue ou não ir e voltar, passear, interpretar o mundo. E aí eu acho que da nossa parte isso passa muito por ter um bom serviço de cuidado. Direito a moradia, direito a transporte, direito a uma cidade com menos poluição, a menos violência, acesso ao posto de saúde, segmento, perceber o problema antes dele ser um problema muito grave. A saúde hoje em dia é muito mais complexa, não é só você estar apto em ir a algum hospital e ser atendido, mas é também você ter saneamento básico, é auxílio saúde mental, higiene bucal, etc. Ter direito a isso tudo é vital, é um dever do governo assim como está na constituição. O desbalanço disso tudo é o que leva a doença. A gente enquanto médico está aqui para tentar garantir um pouco disso, tanto no setor privado, quanto no setor público, principalmente que é onde a gente vê as pessoas que tem mais necessidade. Implica em equidade, em acessibilidade, integralidade, direito à saúde como política pública. Me frustra muito ver os nossos residentes zero interessados pelo SUS. Eu acho que esse é um grande erro na formação do Instituto da Criança, a gente não se prepara como profissionais de saúde pública, eles têm uma versão da grande complexidade ou continuam tendo como modelo o privado. Isso já vem da faculdade, a gente está tentando colocar para eles o modelo centrado no paciente. Direito à saúde é você precisar e ter acesso fácil, porque que é muito difícil os pacientes de fora chegar aí. Tem que melhorar muito a rede básica.”

[S05, S01, S02, S11, S18, S29]

DSC.6B – Atendimento igualitário

“Todo mundo tem de ter um atendimento total, porque se você está lá no Mandaqui ou se você está lá em outro lugar. Todo mundo paga imposto e por isso teria que ter o mesmo acesso, independente de classe, raça, etnia, de quanto ganha. O mesmo atendimento que eu dou no privado, tem que ser o mesmo atendimento que eu dou no público, sem diferença, com a mesma qualidade, com o mesmo conhecimento técnico, sem sofrer influências de outras coisas. Um dos particulares que eu já trabalhei, a gente era muito obrigado a deixar as crianças internadas por mais tempo por conta de recurso de convênio, mesmo sabendo que não tinha indicação. Acho que o problema é que não chega todo mundo aqui, mas a gente consegue fazer com que esse direito seja exercido da melhor forma possível.”

[S07, S08, S15, S17, S24, S30]

DSC.6C – Atendimento, investigação e tratamento da doença

“Direito dos cuidados da saúde, direito ao atendimento médico, uma investigação e quando há disponibilidade, um tratamento adequado para a patologia. É ser diagnosticado da melhor forma possível, com respeito, ter direito ao seu tratamento, sabendo que dentro do serviço público vai ter restrições. É a realização de exames, medicações, internação, cirurgias, tudo que abrange a área da saúde. De maneira privada ou pública, idealmente de maneira pública, mas que você tenha acesso rápido a tudo que você necessita. É ter acesso a um diagnóstico correto de uma forma rápida, compreender o que é a doença e conseguir ter o acesso ao tratamento e ao segmento.”

[S13, S16, S20, S28, S31]

DSC.6D – Relação com os profissionais de saúde

“Entendo que tanto os profissionais de saúde, quanto o povo, deve ter direito ao mínimo para conseguir a sua saúde. Deve ter um acesso a uma boa qualidade de vida, a uma boa qualidade de nutrição, pronto atendimento, atendimento adequado, profissionais colaborativos, profissionais bem preparados. Uma queixa geral é o salário do médico, do enfermeiro, da assistente social, de toda a estafe da rede pública que na parte estadual deixa muito a desejar. Profissional tem que ter direito à saúde, não é só tratar dos pacientes, tratar dos funcionários também. O complexo HC tem um descaso total em relação ao seu servidor. Especialmente aquela pessoa de uma baixa renda, auxiliar de enfermagem, técnico, funcionário de limpeza. Ele não consegue tratar nada aqui. Tinha que ter aqui algum tipo de atendimento de diversas especialidades reservando alguns horários para funcionário.”

[S04, S19, S23]

DSC.6E – Gasta-se muito com único paciente II

“Existe argumento que direito à saúde é inalienável e que o estado tem que dar tudo que aquela pessoa precisa dentro do que ela necessita, e daí a gente perde o dinheiro de saúde pública para ficar pagando tratamento nos Estados Unidos porque as pessoas ganharam o processo. Direito à saúde é você ter o mínimo, ter uma qualidade de vida, ter o atendimento que precisa, respeitando as limitações do estado. Eu não acredito no SUS da maneira como ele é desenhado. O valor gasto para uma criança fazer um transplante de intestino nos Estados Unidos, tratamento experimental e que vai morrer depois de quatro, cinco meses por infecção, poderia cuidar de dez prematuros em uma UTI neonatal aqui no Brasil. O direito à saúde tem que existir, mas ele tem que ter limite, não pode barrar o direito do outro. Hoje a gente faz altos investimentos com pessoas, crianças e adultos que não tem um prognóstico viável porque acreditamos que tem que mantê-los vivos; um desrespeito com o doente, desrespeito com a sociedade e com os profissionais de área de saúde que estão sendo exigidos em determinadas coisas. A gente investe demais em pessoas que não tem qualidade de vida e deixa faltar para quem tem. Então para mim é uma justiça relativa. A saúde investe muito mal, até porque quem faz o julgamento dos investimentos, em geral, não são médicos. Existe um belo equívoco de onde a gente está investindo em busca da saúde plena que não existe. São muito raras essas

doenças que eu vejo aqui e se gasta muito dinheiro com eles. Isso é uma oportunidade acadêmica e assistencial ótima, mas eu sei que você pode fazer com esse mesmo dinheiro intervenções muito melhores na população.”

[S09, S25, S30]

DSC.6F – A responsabilidade é compartilhada com o cidadão

“Direito à saúde é o direito à informação e ao acesso. Não sou a favor do modelo do SUS de dar tudo, isso faz com que o paciente não se comprometa, não tenha responsabilidade sobre si. Isso gera um ônus absurdo, desinteresse, despropósito. Tem que compartilhar, o paciente é responsável pela saúde e o governo tem que estar pronto para ensinar e para prover se precisar dentro daquilo que é o limite da capacidade do governo. Eu gosto muito desses estudos de (custo/efetividade). É o seu dever de cuidar da sua saúde, se você não cuidar, você perde. Quem tem que cuidar da saúde é a pessoa, não é o estado.”

[S22, S26]

DSC.6G – O custeio do SUS deveria ser rediscutido

“Todos tem direito à saúde e inclui as pessoas que não tem condições de arcar com nenhum tipo de custos. O que distorce é que muitas pessoas que tem o direito, que tem condições de arcar com determinados tratamentos, deixam isso para segundo plano e acabam usando muito os recursos do estado que são finitos. Eu acho que deveria ter uma análise da condição financeira da pessoa, assim seria mais justo. Deveria ter uma colaboração de acordo com o nível socioeconômico das pessoas.”

[S14, S21]

DSC.6H – Direito à informação

*“Direito à saúde na minha leitura como médico *** é um conceito que também tem que sair daquela ideia de completo, total, permanente bem estar, físico, psíquico e social, isso é uma balela, isso não existe, a gente tem falhas, a gente tem momentos de pouca felicidade, de pouca saúde, de mais saúde, saúde física, o cansaço, a saúde psíquica, momentos de alegria, momentos de tristeza, então eu trabalho em uma área que eu não posso prometer para o meu cliente a total resolução de tudo. Direito à saúde eu acho que é um direito à verdade, à honestidade de que existem limitações, tem coisa que dá para fazer, tem coisas que não dá para fazer, tem coisas que a gente pode te ajudar, tem que coisas que a gente não pode te ajudar. Acho que isso faz com que o nosso paciente não judicialize tanto todas as questões que aparecem aqui.”*

[S06]

DSC.6I – O SUS é de responsabilidade de todos

“A sociedade civil, assim como os médicos, tem que fazer o que está ao seu alcance, pois o SUS também é de responsabilidade deles e não só do Estado.”

[S03]

DSC.6J – A corrupção prejudica o Direito à Saúde

“Todo mundo tem direito à saúde, mas acho que na prática não funciona. Mas que poderia funcionar se não tivesse tanta corrupção, tanto erro por aí, se posto de saúde funcionasse, receberiam vacinas, medicações.”

[S32]