**Universidade de Brasília – UnB**
**Faculdade de Direito**

# FORNECIMENTO DE TRATAMENTOS MÉDICOS DE ALTO CUSTO PELO SISTEMA DE SAÚDE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL: conflito aparente entre o direito à saúde e o equilíbrio das finanças públicas

**JULIANA GOMES LEAL**

**BRASÍLIA**
**2016**

**Universidade de Brasília – UnB**
**Faculdade de Direito**

**JULIANA GOMES LEAL**

# FORNECIMENTO DE TRATAMENTOS MÉDICOS DE ALTO CUSTO PELO SISTEMA DE SAÚDE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL: conflito aparente entre o direito à saúde e o equilíbrio das finanças públicas

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade de Brasília – UnB

Orientador: Prof. Mestre Fernando Barbelli Feitosa.

**BRASÍLIA**
**2016**

JULIANA GOMES LEAL

**FORNECIMENTO DE TRATAMENTOS MÉDICOS DE ALTO CUSTO PELO SISTEMA DE SAÚDE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL: conflito aparente entre o direito à saúde e o equilíbrio das finanças públicas**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Brasília – UnB, pela banca examinadora composta por:

---

Fernando Barbelli Feitosa

Professor Mestre e Orientador

---

Márcio Iório Aranha

Professor Doutor e membro da Banca Examinadora

---

Wilson Roberto Theodoro Filho

Professor Doutor e membro da Banca Examinadora

---

Luana Costa de Azevedo Barreto

Especialista e Suplente da Banca Examinadora

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre se lembrar de mim, por ter me dado sabedoria e capacidade para galgar todas as vitórias até aqui. Deus é bom.

A todos os meus professores da Graduação, os quais compartilharam de maneira excelente seus conhecimentos e induziram em nós, alunos, algumas reflexões que certamente servirão para a carreira e para a vida.

Agradeço aos meus pais, Leal e Marciana, que sempre me incentivaram a estudar e me mostraram a verdadeira essência da família.

À minha filha Esther, que me dá alegria e força para lutar e vencer.

Aos meus irmãos, Thiago e Lucas, que sempre me ajudaram quando eu mais precisei, tanto em orações quanto em cada atividade do dia-a-dia.

Ao meu orientador, Professor Fernando Feitosa, um exemplo para todos no meio acadêmico, profissional e dedicado, que sempre esteve disponível na discussão das idéias do presente trabalho.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação.”

**Simone Beauvoir**

# RESUMO

O presente trabalho monográfico tem o objetivo de estudar a natureza jurídica do Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), bem como as implicações jurídicas quanto à obrigatoriedade do fornecimento de tratamentos médicos de alto custo, reunindo informações técnico-jurídicas para que o gestor de saúde possa se comportar diante da judicialização da saúde envolvendo os usuários do Sistema de Saúde da Instituição. Explana-se sobre algumas decisões judiciais que revelam que alguns juízes desconhecem a natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF – recaindo em um impasse jurídico: se tal sistema consiste em um Plano de Saúde ou Sistema de Autogestão. Nesse sentido, depreende-se a mencionada natureza jurídica referente a um plano de autogestão, baseando-se fundamentalmente em decisão consolidada pelo Superior Tribunal de Justiça, observadas ainda algumas decisões do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Assim, demonstra-se que não existe a obrigatoriedade de o Sistema de Saúde do CBMDF seguir o Plano-Referência da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Merece destaque que são muito relevantes os casos de judicialização para as finanças públicas, dessa forma, este trabalho ressalta um caso oncológico que foi judicializado em 2015 e já custou mais de R$ 200.000,00 (duzentos mil) reais para a Corporação. A metodologia utilizada consistiu em bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa nas estatísticas da Diretoria de Saúde e feitura de entrevistas com os gestores em saúde do CBMDF.

**Palavras-chave**: ANS. CBMDF. Direito à Saúde. Escassez. Finanças Públicas. Judicialização da Saúde. Judicialização da Política. Plano de Autogestão. Tratamentos médicos de alto custo.

## ABSTRACT

The present study monographic has the objective of studying the legal nature of the health care system of the Fire Department of the Federal District (CBMDF), as well as the legal implications regarding the obligation of providing medical treatment of high cost, gathering information technical and legal for the health manager can behave in the face of health litigation involving users of the health care system of the Institution. Explana on some judicial decisions that show that some judges are unaware of the legal nature of the health care system of CBMDF - falling into an impasse: legal if this system consists of a Health Plan or system of self-management. In this sense, it is the aforementioned legal nature regarding a plan of self-management, based fundamentally on decision consolidated by the Superior Court of Justice, observed some decisions of the Court of Justice of the Federal District and Territories. Thus, we show that there is an obligation of the Health System of CBMDF follow Plano-Refersitting of the National Supplementary Health Agency. Worthy of mention is that are very relevant cases of judicialization on public finances, thus, this work highlights a case that cancer has been judicialized issue in 2015 and has already cost more than R$ 200,000.00 (two hundred thousand) for the Corporation. The methodology used consisted in the literature, documentary research, research in the statistics of the Executive Office of Health and making interviews with managers in health of CBMDF.



**Keywords**: ANS. CBMDF. Right to Health. A shortage. Public finances. Health litigation. The judicialization of politics. Plan of self-management. Medical treatment of high cost.

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Missão, Visão e Objetivos Estratégicos do CBMDF para o quadriênio 2013-2016 ..... 43
Figura 2 –Taxa de ações realizadas referentes ao Objetivo Estratégico 3 (otimizar o atendimento à saúde dos bombeiros militares e dependentes). ..... 44
Figura 3 – Alocação de Recursos por Órgãos ..... 45
Figura 4 – PARF 2015 – Custeio ..... 46
Figura 5 – PARF 2015 – Investimento ..... 46
Figura 6 – Análise da realização do PARF 2014 ..... 47
Figura 7 – Organograma da Chefia do DERHU ..... 49
Figura 8 – Organograma da Chefia da Diretoria de Saúde ..... 50
Figura 9 – Organograma da SEAUD ..... 52
Figura 10 – Efetivo previsto X Efetivo existente ..... 53
Figura 11 – Estrutura ideal ..... 54
Figura 12 – Mapeamento da prospecção da auditoria ..... 55
Figura 13 – Mapeamento da natureza concorrente da auditoria ..... 56
Figura 14 – Atribuições Setoriais de Destaque (segundo o organograma praticado) 57
Figura 15 – Marcação de perícias prévias de maio de 2015 a abril de 2016 ..... 58
Figura 16 – Liberação de cirurgias sem OPME ..... 58
Figura 17 – Procedimentos de Imagem liberados ..... 59
Figura 18 – Procedimentos oncológicos liberados ..... 59
Figura 19 – Auditorias de emergência ..... 60
Figura 20 – Auditoria de eletivos ..... 60
Figura 21 – Procedimentos com OPME's ..... 61
Figura 22 – Estatísticas de emergências em 2015 ..... 62
Figura 23 – Quantitativo de exames ..... 63
Figura 24 – PARF 2011 – Custeio ..... 114
Figura 25 – PARF 2011 – Investimento ..... 114
Figura 26 – Dados ..... 115
Figura 27 - Plano de Aplicação de Recursos Financeiros – PARF/2012 - INICIAL 116
Figura 28 – Plano de Aplicação de Recursos Financeiros – PARF/2012 – ALTERADO ..... 117

Figura 29 – Análise da realização do PARF 2012 ..... 118
Figura 30 – PARF 2013 – Custeio (INICIAL) ..... 119
Figura 31 – PARF 2013 – Investimento (INICIAL) ..... 121
Figura 32 – Análise da realização do PARF 2013 ..... 122
Figura 33 – PARF 2015 – Custeio ..... 126
Figura 34 – PARF 2015 – Investimento ..... 126
Figura 35 – Análise da realização do PARF 2014 ..... 127

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| **ANS** | Agência de Saúde Suplementar |
| **ART.** | Artigo |
| **CBMDF** | Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal |
| **CNJ** | Conselho Nacional de Justiça |
| **CF** | Constituição Federal |
| **DISAU** | Diretoria de Saúde |
| **DF** | Distrito Federal |
| **FSCBMDF** | Fundo de Saúde do CBMDF |
| **GDF** | Governo do Distrito Federal |
| **OMS** | Organização Mundial da Saúde |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |
| **SECOP** | Seção de Controle e Planejamento Orçamentário da Diretoria de Saúde |
| **SEAUD** | Seção de Auditoria Médica |
| **STA** | Suspensão de Tutela Antecipada |
| **STF** | Supremo Tribunal Federal |
| **OPMES** | Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Síntese |
| **PARF** | Plano de Aplicação de Recursos Financeiros |
| **POMED** | Policlínica Médica |
| **PODON** | Policlínica Odontológica |
| **PNAD** | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| **TCU** | Tribunal de Contas da União |
| **TJDFT** | Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios |
| **WHO** | *World Health Organization* |

# SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO..... 14**
2. Direitos Fundamentais, direito à saúde e papel do executivo, legislativo e judiciário: fundamentos de direito constitucional e administrativo ..... 16
2.1. Considerações iniciais ..... 16
2.2. Fundamentos Constitucionais do Estado Brasileiro, separação de poderes e direito à saúde ..... 18
2.3. Considerações sobre os Princípios, as Regras e a separação dos poderes .. 20
2.4. Evolução do Sistema de Saúde no Brasil ..... 21
2.5. Regulação da Saúde no Brasil e Agência Nacional de Saúde Suplementar .. 23
3. Princípios constitucionais da Administração Pública ..... 27
3.1. Princípio da Supremacia do Interesse Público ..... 27
3.2. Princípio da Legalidade ..... 28
3.3. Princípio da Impessoalidade ..... 29
3.4. Princípio da Moralidade ..... 29
3.5. Princípio da Publicidade ..... 30
3.6. Princípio da Eficiência ..... 30
3.7. Do Orçamento Público ..... 31
3.8. Do Sistema de Saúde do CBMDF ..... 33
3.8.1. Da assistência médico-hospitalar – contribuição e indenização ..... 37
3.8.2. Da Diretoria de Saúde ..... 38
3.8.3. Do Diretor de Saúde como Ordenador de Despesas ..... 41
3.8.4. Do Planejamento Estratégico do CBMDF, DISAU e PARF da Saúde ..... 41
3.8.5. PARF e análise da realização do PARF referente ao exercício de 2015 ..... 45
3.8.6. Do Regimento Interno da DISAU ..... 49
3.8.7. Da Auditoria da DISAU e dos tratamentos de alto custo ..... 51
3.9. Definição do alto custo e os critérios para sua identificação ..... 61
3.10. Da Natureza Jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF: Autogestão. ..... 63
3.10.1. Implicações Jurídicas à obrigatoriedade do fornecimento de tratamentos médicos de alto custo: o Plano-Referência da ANS ..... 67
4. Judicialização da saúde no Brasil ..... 72

4.1. Considerações sobres os perfis analisados de saúde pública e saúde suplementar ..... 76
4.2. O judiciário acolhe as demandas dos cidadãos em matéria de saúde? Uma análise extraída de entrevistas feitas pelo CNJ ..... 78
4.3. Do Direito à saúde Baseado em Evidência e Medicina Baseada em Evidências ..... 80
4.4. Como aplicar o MBE? ..... 81
4.5. Políticas Públicas e atuação do judiciário ..... 83
4.6. A Teoria da Reserva do Possível ..... 86
4.7. Da Judicialização ..... 87
4.8. Separação dos poderes e Intervenção Judicial na saúde – Da Judicialização da Política de Saúde ..... 89
4.9. Judicialização da Saúde no CBMDF: O Caso de M.G.E ..... 92
**5. CONCLUSÃO ..... 94**
**REFERÊNCIAS ..... 99**
**APÊNDICES ..... 104**
APÊNDICE A – DEFINIÇÃO DE TERMOS ..... 105
5.1. Definição de termos ..... 105
APÊNDICE B – ENTREVISTAS ..... 108
5.1.1. ENTREVISTAS ..... 108
5.1.1.1. Chefe da Seção de Auditoria. ..... 108
5.1.1.2. Auditor caso M.G.E – Oficial Médico Oncologista do CBMDF ..... 110
5.1.1.3. Assessor Jurídico da DISAU ..... 111
APÊNDICE C Entre PARF 2011 – 2015 ..... 113

# 1 INTRODUÇÃO

O tema proposto tem o condão de estudar a natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF, bem como as implicações jurídicas quanto à obrigatoriedade do fornecimento de tratamentos médicos de alto custo pelo CBMDF, fornecendo informações técnico-jurídicas para que o gestor de saúde possa se comportar diante da judicialização da saúde envolvendo os usuários do Sistema de Saúde da Instituição.

O enfoque será dado para a discussão do direito à saúde em face da escassez de recursos do Estado – finanças públicas, precipuamente sobre a obrigatoriedade da Administração do CBMDF em fornecer esses tipos de tratamentos, considerando-se os quadros de saúde com elevado grau de complexidade e onerosidade para os cofres públicos.

Por um lado observa-se um órgão criado para ações de segurança pública e defesa civil, com limitações de ordem financeira[1], e por outro observa-se o mesmo órgão com um sistema de saúde próprio e que demanda muitos recursos financeiros, fornecendo tratamentos médicos de alto custo para militares, dependentes, inativos e pensionistas[2]. O CBMDF, enquanto um órgão da administração pública, é pautado pelas normas que regulam os interesses em prol do interesse público.

Nesse contexto, é mister salientar que existe um impasse jurídico que se materializa na judicialização da saúde no tocante ao fornecimento de tratamentos médicos de alto custo. Sob esta ótica, merece especial atenção a natureza jurídica do sistema de saúde adotado no CBMDF, diante disso, surgindo o seguinte questionamento:

**Quais as implicações jurídicas no tocante à obrigatoriedade de fornecimento de tratamentos médicos de alto custo pela Corporação?**

---

[1] O Governo do Distrito Federal (GDF) tem vivenciado uma realidade de contingenciamento de recursos desde a crise de 2015, de modo que o Governador do DF editou o Decreto nº 37.121, de 16 de fevereiro de 2016, com o objetivo de tornar efetivo este contingenciamento para o corrente ano.

[2] (BRASIL, **Lei nº 10.486**, 2002)

O tema em epígrafe servirá como instrumento para verificar a realidade jurídico-econômica aplicada ao Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, observados os conflitos entre a escassez de recursos destinados à Corporação frente ao dever do Estado na promoção do direito à saúde aos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF.

Ademais, verificar-se-á como a Diretoria de Saúde tem exercido as políticas públicas necessárias à concessão de tratamentos médicos de alto custo e como está sendo a resposta da Administração quando da ocorrência de casos de judicialização da saúde que se referem à necessidade da concessão desses tratamentos.

No primeiro capítulo analisa-se o direito à saúde e o papel do executivo, legislativo e judiciário, observando os fundamentos de direito administrativo e constitucional. Então, ressalta-se o princípio da separação dos poderes, verificando seus reflexos no mecanismo dos freios e contrapesos dos três poderes constitucionalmente estabelecidos. Ademais, retrata-se a evolução do direito à saúde no Brasil, bem como aspectos relacionados à regulação da saúde, especialmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No 2º Capítulo explana-se sobre o Sistema de Saúde do CBMDF, a partir de todo o escopo normativo existente. São analisadas também algumas decisões judiciais que revelam que alguns juízes desconhecem a natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF – se consiste em um Plano de Saúde ou Sistema de Autogestão. Nesse sentido, compreende-se a natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF, baseando-se fundamentalmente em decisão consolidada pelo Superior Tribunal de Justiça, observadas ainda algumas decisões do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Fala-se das implicações jurídicas advindas da caracterização de um plano de autogestão, posto que tais planos não são obrigados a seguirem o Plano-Referência imposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, consoante à legislação específica.

No 3º Capítulo trata-se da judicialização da saúde no Brasil segundo a perspectiva do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), explorando-se, ainda, o fenômeno da judicialização da política de saúde. Verifica-se, também, que os Direitos Baseados em Evidências constituem o melhor caminho a ser traçado para mitigar

possíveis fundamentações ‘solitárias’ em decisões judiciais, recaindo na necessidade da aplicação do devido nível de evidência ao caso concreto, aliando-se a Teoria dos Direitos Fundamentais à Medicina Baseada em Evidências no provimento de decisões judiciais.

No presente realiza-se um estudo de caso: M.G.E. É o estudo de uma paciente, beneficiária do Sistema de Saúde do CBMDF, que possui câncer e precisara de dois medicamentos segundo relatório do médico assistente para o seu tratamento. No entanto, o CBMDF negara um dos medicamentos na via administrativa porque não restara devidamente comprovado que tal medicamento serviria para o caso clínico da paciente. O médico assistente não acostara quaisquer estudos que comprovassem que o remédio serviria. O caso foi judicializado e de pronto o juiz concedera o medicamento na via judicial. Dessa maneira, para o caso em tela, defende-se, portanto, a aplicação dos Direitos Baseados em Evidências sob o viés da MBE que, inclusive, já está sendo aplicada na Corporação.

Por fim, merece destaque a importância do presente trabalho para o mundo acadêmico, visto que este fornecerá informações técnico-jurídicas para que o gestor de saúde possa se comportar diante da judicialização da saúde envolvendo os usuários do Sistema de Saúde da Instituição.

## 2. Direitos Fundamentais, direito à saúde e papel do executivo, legislativo e judiciário: fundamentos de direito constitucional e administrativo

### 2.1. Considerações iniciais

O Estado Brasileiro é organizado em três poderes, independentes e harmônicos entre si, cada um deles desempenhando suas funções típicas e atípicas, atuantes assim na garantia de direitos fundamentais adotados como pilares do Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, a Constituição Federal dispõe: “Art. 2º. São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.”

É mister destacar que a saúde, além de ser um direito social, conforme consoante aos arts. 6º, 196 e 197 da Constituição Federal, também poderá ser considerado um direito fundamental (art. 5º), encaixando-se ainda dentro dos direitos humanos (Art. 4º, II, CF) garantidos na Constituição Federal e nos Tratados Internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Assim, a dignidade da pessoa humana é um dos alicerces fundamentais da sociedade brasileira, consagrando a inviolabilidade do direito à vida. Ademais, em se tratando dos princípios do Estado Brasileiro reconhecidos nos tratados internacionais, observa-se sempre a prevalência de direitos humanos.

> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
> I - a soberania;
> II - a cidadania
> III - a dignidade da pessoa humana;
> IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
> V - o pluralismo político. (BRASIL, Constituição Federal, 1988)

Cabe ainda mencionar a importância do direito do consumidor para os avanços sociais, precipuamente para a saúde no Brasil. O art 5º da CF/88 dispõe: “XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor; (BRASIL, 1988)”. Para tanto, houve a criação do Código de Defesa do Consumidor, entrando em vigor por meio da Lei nº 8.080/90.

O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal está localizado dentro do poder executivo, sujeito, dessa forma, aos princípios constitucionais que regem a Administração Pública (art. 37), como a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, os quais interferirão em todos os atos da relação administrativa quanto ao fornecimento de tratamentos médicos dentro do sistema de saúde da Corporação.

> Art 37 da CF. a Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.(...) (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98)

O presente capítulo tem por objetivo discutir os papéis específicos dos três poderes, legislativo, executivo e judiciário no tocante à

concretização do direito fundamental à saúde, fundando-se na idéia de otimização dos direitos fundamentais.

> Consideramos oportuno mencionar também que a análise visa contribuir para a reflexão fundada na idéia de otimização dos direitos fundamentais "impondo ao Estado o dever fundamental de, tanto quanto possível, promover as condições ótimas de efetivação da prestação estatal, em causa, preservando, além disso, os níveis de realização já atingidos, o que, por sua vez, aponta para a necessidade de reconhecimento de uma proibição ao retrocesso. (KEINERT apud SARLET, 2008)

## 2.2. Fundamentos Constitucionais do Estado Brasileiro, separação de poderes e direito à saúde

Segundo o art. 1º da Constituição Federal, o Brasil é uma República Federativa, formada pela união indissolúvel dos Estado e municípios. Assim, no intuito de incrementar o atendimento à saúde à população, a CF estabeleceu um regime de comunhão entre a União, os Estados e os Municípios, cada um deles com suas respectivas competências administrativas constantes na Lei nº 8080/90.

Segundo o art. 1º da Constituição Federal, o Brasil é uma República Federativa, formada pela união indissolúvel dos Estado e municípios. Assim, no intuito de incrementar o atendimento à saúde à população, a CF estabeleceu um regime de comunhão entre a União, os Estados e os Municípios, cada um deles com suas respectivas competências administrativas constantes na Lei nº 8080/90.

> Logo, pode-se externar a afirmativa de que a saúde correlacionada com o direito designa um direito social, ou seja, direito à saúde. Assim, o direito à saúde está presente em diversos artigos de nossa Carta Constitucional de 1988 a saber: arts. 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 216, 218, 220, 225, 227 e 230. Por se externar uma carta eminentemente social, nossa Constituição Federal de 1988, no seu art. 6º, reconhece a saúde como um direito social. Partindo desse pressuposto, o direito à saúde passa a ser um direito que Exige do Estado prestações positivas no sentido de garantia/efetividade do direito à saúde, sob pena de ineficácia de tal direito. (KEINERT, 2009, p.91)

Nesta sistemática, a saúde, bastante presente na Carta Magna como um direto social, constitui um direito fundamental do homem e possui os mesmos atributos e garantias desses direitos fundamentais. É cediço que o Brasil enquanto Estado Democrático de Direito reger-se-á sempre pelas normas democráticas, respeitando os direitos e garantias fundamentais.

Ademais, a Constituição estabeleceu, em seu art. 2º, a sistematização jurídica das manifestações do poder do Estado em três: executivo, legislativo e judiciário, independentes e harmônicos entre si. Tal separação clássica dos três poderes permite a imparcialidade do sistema, evitar a concentração e o abuso de poder em uma única pessoa[17].

> Esse entendimento é necessário para que assentemos a idéia de que o poder, quando do Estado, se exterioriza por meio de funções. Assim, a vontade estatal é única manifestando-se através dos seus poderes: executivo, judiciário e legislativo. A independência entre os poderes é manifestada pelo fato de cada poder extrair suas competências da carta Constitucional, depreendendo-se assim, que a investidura e a permanência das pessoas num dos órgãos do governo não necessita da confiança nem da anuência dos outros poderes. No exercício das próprias contribuições, os titulares não precisam consultar os outros, nem necessitam de sua autorização e que, na organização das atividades respectivas, cada um é livre, desde que seja verificadas as disposições constitucionais e infraconstitucionais. (KEINERT, 2009, p.94)

Nesse contexto, cada um dos poderes possui uma função predominantemente típica e outras atípicas. Assim, funções típicas "são as funções que os poderes originariamente exerciam de forma exclusiva, como por exemplo: Legislativo, criar leis; Executivo, administrar a estrutura do Estado; Judiciário, produzir decisões, aplicando a lei em casos concretos."(KEINERT, 2009, p.95).

> Funções atípicas: são as funções que os Poderes adquiriram após um processo histórico de interpretação do conceito de "separação de poderes", esse conceito deixou de representar um isolamento entre os Poderes e assim aumentou a interação entre eles, inclusive com a aquisição de diversas funções que anteriormente não eram típicas. Ex: Legislativo: passou a "julgar" politicamente infrações nas Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI's); Executivo: adquiriu um meio de criar leis, como as Medidas Provisórias; Judiciário, pode-se considerar que o judiciário "legisla" negativamente pelo controle de constitucionalidade. (KEINERT, 2009, p.95).

Quando se fala em poder judiciário, observa-se que " a independência judicial é considerada um direito fundamental dos cidadãos, inclusive o direito à tutela judicial, o direito ao processo e julgamento por um tribunal independente e parcial" (KEINERT, 2009, p.96)

---

[17] KEINERT, 2009, p.93

## 2.3. Considerações sobre os Princípios, as Regras e a separação dos poderes

Ressalta-se, aqui, que esta seção não intenciona, em nenhum momento, na diminuição da importância do Poder Judiciário, mas busca em evidenciar a importância do Legislativo e da necessidade de diminuição de sua inércia, para o exercício do princípio democrático por meio da função legislativa, bem como do poder executivo no estabelecimento de sua função típica, bem como no exercício pleno da administração das políticas públicas no Brasil.

A atividade de ponderação, per si, consiste na avaliação de exames individuais e concretos, demandando maior participação do Poder Judiciário sobre os Poderes Legislativo e Executivo. É como sustenta o Jurista Humberto Ávila (2008):

> O fundamento organizacional, antes referido, reside na preponderância de um dos Poderes decorrente das alterações normativas e metodológicas anteriores: como a atividade de ponderação exige uma avaliação maior de aspectos individuais e concretos, em detrimento de elementos gerais e abstratos, a participação do Poder Judiciário, relativamente aos Poderes Legislativo e Executivo, ficaria maior. E desse ativismo judicial adviria, por sua vez, a preponderância da Constituição, em detrimento da legislação. (ÁVILA, 2008, p. 16)

Vem à baila, desse modo, a discussão entre a predominância de princípios ou regras na Constituição Federal e a teoria da melhor decisão.

> Em segundo lugar, o paradigma da ponderação, tal como aqui analisado, aniquila com as regras e com o exercício regular do princípio de democrático por meio da função legislativa. A Constituição Brasileira de 1988, além de estabelecer que nada poderá ser exigido senão em virtude de lei e de prever que todo poder emana do povo, que o exercerá por meio de representantes eleitos ou diretamente, reserva ao Poder Legislativo, inúmeras vezes em numerosas matérias, a competência para regular, por lei, determinado âmbito normativo. Ao se admitir o uso de princípios constitucionais, mesmo naquelas situações em que as regras legais são compatíveis com a Constituição e o emprego de princípios ultrapassa a interpretação teleológica pelo abandono da hipótese legal, está-se, ao mesmo tempo, consentindo com a desvalorização da função legislativa e, por decorrência, com a depreciação do papel democrático do Poder Legislativo. (ÁVILA, 2008, p.8)

Atualmente, há uma exaltação aos princípios e à técnica de ponderação pelo próprio ordenamento, dando margem ao surgimento de uma nuvem contrária à consolidação da competência do Poder Legislativo, como reserva a

própria CF/88 ao estabelecer que nada poderá ser exigido senão em virtude de lei. É como bem descreve o seu art. 5º, inc. II: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.(BRASIL,1988).

Quando há o julgamento do tribunal por meio do uso de princípios constitucionais, mesmo quando as regras legais são compatíveis com a própria Constituição e o emprego dos princípios se vale do abandono da hipótese legal, isso resulta na desvalorização da função legislativa e na depreciação do papel democrático do Poder Legislativo. Assim observa Humberto Ávila (2008):

> Eis o paradoxo: a interpretação centrada nos princípios constitucionais culmina com a violação de três princípios constitucionais fundamentais – os princípios democrático, da legalidade e da separação dos poderes. Obedece-se à (parte da) Constituição, violando-a (noutra parte).(ÁVILA, 2008, p.8)

Frente a isso, advém a importância de se insistir na eficácia das regras em relação aos princípios, na separação dos poderes, para salvaguardar os Poderes Legislativo e Executivo, ao invés de simplesmente exaltar-se os princípios e a ponderação.

Conforme já relatado, tem-se um Poder Judiciário extremamente influente e predominante em relação aos outros poderes. A própria essência da ponderação leva a uma elevação do Judiciário e essa preponderância do Poder Judiciário, por vezes, fere diretamente o princípio da separação dos poderes, o qual constitui núcleo essencial da Constituição Federal da República Federativa do Brasil.

## 2.4. Evolução do Sistema de Saúde no Brasil

O Direito à saúde ou direito sanitário, como ramo específico, foi criado a partir da Constituição de 1988, considerando-se ainda a relevante adesão do Brasil a Tratados Internacionais de Direitos Humanos, além da participação brasileira na Organização Mundial da Saúde. Segundo Keinert (2009, p.14), o direito à saúde compreende “uma dimensão regulatória e (e repressiva); outra administrativa (ou de gestão dos serviços e do sistema de saúde); e, por fim, regulamenta a própria relação entre indivíduos e, entre esses e os profissionais de saúde.”

> Ressalte-se que, especialmente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (bem como da adesão do Brasil aos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, além da participação brasileira em organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde) criou-se no Brasil um ramo específico do Direito da Saúde, à Saúde ou Direito Sanitário." (Keinert, 2009, p.14).

Considerando esse novo campo jurídico complexo, a atenção à saúde também se complexifica, uma vez que houve a descoberta de novas doenças e a necessidade de utilização cada vez mais de exames e equipamentos sofisticados, bem como pelo crescimento da gama de medicamentos.

Segundo Sarlet e Figueiredo (2009, p.26), antes do advento da Constituição de 1988, "a proteção do direito à saúde ficava restrita a algumas normas esparsas , tais como garantia de "socorros públicos" (Constituição de 1824, art. 179, XXXI) ou a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência (Constituição de 1934, art. 113, caput)".

> A explicitação constitucional do direito fundamental à saúde, assim como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) decorrem, assim, da evolução dos sistemas de proteção antes instituídos em nível ordinário do Sistema Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 6.229/1995 e, já em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. (Sarlet e Figueiredo, 2009, p.27)

Com a Constituição de 1988, mostra-se obrigatória a implantação de um sistema único de saúde, inaugurando uma nova era para a proteção jurídica social brasileira. O Sistema Único de Saúde – SUS – é, segundo o art.4º da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde – LOS), "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". Esse sistema se fundamentou em três princípios gerais: a) acesso universal aos serviços, tendo o Estado a obrigação de fornecê-los; b) igualdade de acesso; integralidade e continuidade no atendimento[18]. Assim, pode-se afirmar que o novo modelo trouxe avanços surpreendentes a partir da implantação do sistema preconizado pela Constituição de 1988.

[18] GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLEN, 2013, p.1

Destacam-se, ainda, algumas normas internacionais que evidenciaram dispositivos protetivos relativos ao direito à saúde, quais sejam: Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (1948). Destacam-se também o Pacto Internacional de Diretos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); o Pacto de San José da Costa Rica (1969); Protocolo de São Salvador (1988) e Declaração de Alma-Ata (1978).

> Nesse sentido, e no que concerne ao direito à saúde, destacam-se alguns dispositivos protetivos, entre os quais (e a listagem é, à evidência, meramente exemplificativa): Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (DUDH/ONU), de 1948, arts. 22 e 25 (direitos à segurança social e a um padrão de vida capaz de assegurar à saúde e o bem-estar da pessoa); Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1966, art. 12 (direito ao mais alto nível possível de saúde); Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecido como o Pacto de San José da Costa Rica, arts 4º e 5º (direitos à vida e à integridade física e pessoal); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o denominado "Protocolo de São Salvador", art. 10 (direito à saúde); Declaração de Alma-Ata, de 1978, item I ( a realização do mais alto nível possível de saúde depende da atuação de diversos setores sociais e econômicos, para além do setor da saúde propriamente dito). (KEINERT, 2009)

## 2.5. Regulação da Saúde no Brasil e Agência Nacional de Saúde Suplementar

O objeto de estudo do direito regulatório é algo jurídico e, dessarte, para os fins do direito regulatório, a regulação, como objeto de estudo, encontra-se vertida no termo regime jurídico regulatório. O uso do termo regime jurídico regulatório responde à busca de um significado mais palpável à imprecisão terminológica trazida pelo enunciado da regulação.

> A regulação, portanto, enquanto regime jurídico regulatório, apresenta-se como um conjunto de disposições normativas e administrativas caracterizadas por seu caráter conjuntural de influência ou controle [161] sobre o ambiente regulado mediante batimento entre resultados esperados e resultados efetivamente alcançados. O mecanismo regulador presente na origem terminológica da regulação apresenta -se como um diferencial do regime jurídico regulatório, revelando-o como um conjunto de atuações normativas e administrativas capazes de interagir pari passu com os rumos efetivamente detectados no ambiente regulado para redirecioná-lo aos deveres normativos de concretização dos direitos fundamentais.[19]

[19] (ARANHA, 2013, Kindle Locations 1665-1667)

Em resumo, a regulação abarca a presença de regras e atuação administrativa de caráter conjuntural pautadas no pressuposto de diuturna reconfiguração das normas de conduta e dos atos administrativos pertinentes para a finalidade de redirecionamento constante do comportamento das atividades submetidas a escrutínio, orientando-se sempre através de parâmetros regulatórios definidos a partir dos enunciados de atos normativos e administrativos de garantia dos direitos fundamentais.[20]

Aranha (2013) aborda: "regulação é a reconfiguração conjuntural do ambiente regulado voltada à consecução de um modelo ideal de funcionamento do sistema e dirigida por regras e princípios inscritos e espelhados nos direitos fundamentais."[21]

O direito regulatório deve estar assentado na procura por princípios ou instituições verdadeiramente gerais, norteadores da regulação como um todo, ou ainda, distintivos da regulação enquanto tal frente a conceitos próximos, como o de intervenção, de controle e de poder de polícia. Não obstante, deve-se entender a regulação por suas instituições básicas para, a partir deste núcleo de significado, expandir o conhecimento geral, regional ou setorial a princípios comuns, como os dirigidos à regulação setorial vigente. Perante isso, deve-se ressaltar o estudo do chamado Estado Regulador, no que tange à consolidação dos direitos fundamentais.

O Estado regulador se define pela proeminência não da interferência direta para promoção do desenvolvimento econômico social, nem mesmo da não-intervenção para dinamização do mercado, mas pelo papel de coordenação, de gerenciamento essenciais à consolidação dos direitos fundamentais. Assim, ressalta ARANHA (2013):

> "a regulação não é, em si mesma, uma característica diferencial do modelo atual de Estado regulador, pois a presença de competências regulatórias no Estado brasileiro não é recente. O diferencial moderno inscrito no significado de Estado regulador está na proeminência de uma espécie de regulação estatal presente na conformação atual dada ao Estado."[22].

[20] (ARANHA, 2013, Kindle Locations1701-1703)
[21] (ARANHA, 2013, Kindle Locations 1713-1715)
[22] (ARANHA, 2013, Kindle Locations 1226-1232)

Finalmente, o Estado regulador é um modelo estatal assentado na atuação concertada de intervenção estatal frente aos reflexos verificados *pari passu* no setor regulado. Por isso, pode-se dizer que o Estado regulador envolve atuação administrativa conjuntural, uma vez que é dependente de acompanhamento pari passu do desenvolvimento de um setor de atividades essenciais.

Segundo Aranha (2013), a par dos conceitos de centralização regulatória ou descentralização regulatória, existe o esforço de distinção quanto às formas de manifestação da regulação, apresentando-se basicamente como: regulação operacional; e regulação normativa.

A Regulação operacional diz respeito à afetação das atividades à iniciativa privada ou ao Estado. É a referência ao plano físico-estrutural da regulação dos serviços. Por outro lado, a regulação normativa diz respeito à ampliação ou à restrição das atividades alcançadas por regramento estatal direto.

As agências reguladoras ou agências reguladoras e fiscalizadoras brasileiras apareceram como mecanismos reguladores normativos, que operam com poderes de supervisão, fiscalização e normatização de atividades, sendo dotadas de maior agilidade na implementação de políticas públicas em razão de sua estrutura especializada.

> A singularidade das agências reguladoras na estrutura administrativa do Estado brasileiro não está isolada como política pública, mas inserida no flanco de um movimento de objetivos mais abrangentes , cuja compreensão é exigida para formação de visão multifacetada sobre este fenômeno estatal.[23]

Ressalte-se que a autonomia característica das agências reguladoras não se restringe à idéia abstrata de menor vinculação política. Essa autonomia demanda conformações estruturais e organizações concretas, que se manifestam na personalidade de direito público interno, na autonomia de objetivos, de instrumentos, orçamentária, financeira e na autonomia decisória, que engloba o processo de indicação e inamovibilidade de seus membros e irrecorribilidade das suas decisões. [24]

Relativo à estrutura desenhada para a regulação no Brasil tem-uma estrutura quatripartite, descrita a seguir.

---

[23] idem
[24] idem

> Independentemente do acerto ou equívoco das afirmações anteriores, o fato é que a estrutura desenhada para regulação setorial, no Brasil, permitiu a fixação de um esquema de forças quadripartite: a) produtor da utilidade pública; b) usuário/consumidor; c) Poder Público detentor da rede essencial à prestação do serviço ou titular do monopólio deexploração e, finalmente; d) o próprio ente regulador. (ARANHA, 2013, Kindle Locations 2243-2244).

Em se tratando da relação entre a agência reguladora e o poder público, pode-se denotar que há aspectos reveladores do seu grau de autonomia, que auxiliam na compreensão do modelo regulador brasileiro, tais quais: o processo de indicação dos membros da agência e de seu afastamento; autonomia orçamentária e financeira; garantia de inamovibilidade de seus membros; irrecorribilidade das decisões de sua competência na esfera administrativa; reserva de poderes normativos suficientes à adequação das metas setoriais à dinâmica de cada atividade.[25]

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde, consiste na agência reguladora responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, cabendo a essa agência cumprir a Lei nº 9.656/98 que regulamentou o setor dos planos de saúde. Em 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.961 criou a ANS e definiu suas competências, regulando um setor da economia que não continha um padrão de funcionamento.

> Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
> I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
> II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou **entidade de autogestão**, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
> III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
> § 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo**, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde,**

[25] (ARANHA, 2013, Kindle Locations 2264-2266)

> **pela modalidade de autogestão ou de administração**. (BRASIL. Lei nº 9.656, 2000) ***(grifo nosso)***

Nesse ínterim, submetem-se a ANS os seguintes entes: os planos privados de assistência à saúde, as operadoras de plano de assistência à saúde e as carteiras. As entidades de autogestão, por sua vez, estão alocadas dentro desse rol submetendo-se aos ditames legais da ANS, conforme o §2º do art.1º da Lei nº 9.656/2000.

No que se refere ao Plano-Referência da ANS, os sistemas de autogestão estão dispensados de segui-lo, conforme dispõe o art. 10, §3º da Lei nº 9.656/2000.

> "Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
> I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
> ……..
> VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
> ……..
> § 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
> § 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
> **§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.**
> § 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." . (BRASIL. Lei nº 9.656, 2000) ***(grifo nosso)***

## 3. Princípios constitucionais da Administração Pública

### 3.1. Princípio da Supremacia do Interesse Público

O princípio da supremacia do interesse público sobre o particular regula a relação entre o estado e o particular, adotando posição privilegiada dos órgãos administrativos frente aos particulares. Nesse sentido, deve-se sempre pautar em

um interesse público adequado para o exercício da função administrativa, sob o influxo de uma finalidade pública instituída em lei.

Nesse sentido, as atividades administrativas devem ser desenvolvidas pelo Estado sempre em prol do benefício da coletividade, de modo que o fim último de sua atuação deve ser sempre em rol do interesse público. E, caso não seja atingido esse interesse público, torna-se evidente o desvio de finalidade na atuação do Estado.

Segundo CARVALHO FILHO (2011), o destinatário da atividade administrativa não consiste no indivíduo, mas sim o grupo social como o todo. E, com o tempo, as relações sócias acabam por ensejar conflitos entre o interesse público e privado, havendo prevalecer o interesse público.

> Desse modo, não é o indivíduo em si o destinatário da atividade administrativa, mas sim o grupo social num todo. Saindo da era do individualismo exacerbado, o Estado passou a caracterizar-se como o Welfare State (Estado/bem-estar), dedicado a atender o interesse público. Logicamente, as relações sociais vão ensejar, em determinados momentos, um conflito entre o interesse público e o privado, mas, ocorrendo esse conflito, há de prevalecer o interesse público. (CARVALHO FILHO, 2011, p. 61)

Não obstante, quando se fala no primado do interesse público, podem ser citados os exemplos como: na desapropriação, quando o interesse público é supremo frente aos direitos de propriedade do particular, ou no exercício de poder de polícia do Estado, quando a força do estado estabelece algumas restrições às atividades do particular.

A doutrina em geral coloca esse princípio como um conceito jurídico indeterminado, contudo, para Carvalho Filho (2011, p.61), trata-se de um conceito determinável, isto porque ao administrador público é possível identificar o que é e o que não é interesse público.

### 3.2. Princípio da Legalidade

O princípio da legalidade é um dos corolários da Administração Pública. Segundo Celso Antônio Bandeira de Mello (2006), o princípio da legalidade significa

que a Administração nada poderá fazer senão o que a lei determinar; a Administração só poderá fazer o que a lei antecipadamente autorize.

> O princípio da legalidade, no Brasil, significa que a administração nada pode fazer, senão o que a lei determina. Ao contrário dos particulares, os quais podem fazer tudo o que a lei não proíbe, a Administração só pode fazer o que a lei antecipadamente autorize. Donde, administrar é prover aos interesses públicos, assim caracterizados em lei, fazendo-o na conformidade dos meios e formas nela estabelecidos ou particularizados segundo suas disposições (MELLO, 2006, p. 96-102)

## 3.3. Princípio da Impessoalidade

Segundo Celso Antônio Bandeira de Mello (2006), o princípio da impessoalidade está relacionado a idéia de que a Administração deve tratar a todos os administrados sem discriminações, nem favoritismos, refletindo no próprio princípio da igualdade ou isonomia.

> Nele se traduz a idéia de que a Administração tem que tratar a todos os administrados, sem discriminações, benéficas ou detrimentosas. Nem favoritismo nem perseguições são toleráveis. Simpatias ou animosidades pessoais, políticas ou ideológicas não podem interferir na atuação administrativa e muito menos interesses sectários, de facções ou grupos de qualquer espécie. O princípio em causa não é senão o próprio princípio da igualdade ou isonomia (MELLO, 2006, p.110)

## 3.4. Princípio da Moralidade

O princípio da moralidade desempenha papel de extrema importância para a Administração Pública, uma vez que todas as ações administrativas devem estar pautadas em prol do interesse público, devendo o administrador abstrair-se de interesses privados.

> No processo administrativo, como de resto em toda a atividade administrativa, a moralidade desempenha papel de extrema importância, pois que deverá estar presente e cada ato e em cada decisão a ser proferida pela autoridade administrativa. Para perfeito atendimento ao postulado, cabe ao administrador abstrair se de fatores de natureza pessoal que possuem interferir no âmbito da moralidade de sua conduta. Tudo o que estiver sob sua competência deve ser desempenhado visando apenas ao interesse público, porque é este, e exclusivamente este, o alvo a ser por ele buscado (CARVALHO FILHO, 2007, p. 57)

## 3.5. Princípio da Publicidade

Dar publicidade é tornar público, expor ao público. O princípio da publicidade é um requisito de eficácia, pois não pode a administração exigir o cumprimento de suas decisões sem cientificar a parte interessada, mas também um instrumento de controle dos atos administrativos. Em geral, os atos administrativos são publicados na imprensa oficial, mas podem ser utilizados outros meios que se mostrem suficientes para a obtenção de resultado semelhante.

> PUBLICIDADE – A vigente Constituição consagra a publicidade como um dos princípios básicos da Administração Pública (art. 37, caput). Como já tivemos a oportunidade de examinar, o princípio da publicidade importa o dever do Estado de dar a maior divulgação possível aos atos que pratica. É o dever de transparência das atividades administrativas. Em relação aos processos administrativos, o princípio está a indicar que os indivíduos têm direito de acesso aos referidos processos, sequer se exigindo que sejam os titulares do direito material, mas que apontem algum interesse público a ser preservado. Note-se que, ligados a esse princípio, a Constituição registra o direito à informação, contido no art. 5º, XXXIII, bem como o direito à obtenção de certidões para a defesa de direitos e para o esclarecimento de situações, consagrado no art. 5º, XXXIV, "b". Significa que o indivíduo tem o direito a ser informado do que se passa junto aos órgãos públicos e, sendo assim, tem o direito de acesso aos processos que tramitam nas vias administrativas. Por outro lado, garantido o direito à obtenção de certidões, está implícito também o direito de acesso aos feitos administrativos. (CARVALHO FILHO, 2010, p.1208)

## 3.6. Princípio da Eficiência

O princípio da eficiência há de consistir na adoção de mecanismos mais céleres e mais convincentes para que a Administração, através de todo o procedimento adotado, possa alcançar efetivamente o fim perseguido.

> (...) Eficiência é, pois, antônimo de morosidade, lentidão, desídia. A sociedade de há muito tempo deseja rapidez na solução das questões e dos litígios, e para tanto administrar o processo administrativo com eficiência (CARVALHO FILHO, 2007, p.63)

Além disso, o princípio da eficiência está diretamente relacionado à atualização com os novos processos tecnológicos, realizando uma execução mais proveitosa e com menor dispêndio (relação custo-efetividade).

> Deve o Estado prestar seus serviços com a maior eficiência possível. Conexo com o princípio da continuidade, a eficiência reclama que o Poder Público se atualize com os novos processos tecnológicos, de modo que a execução seja mais proveitosa com menor dispêndio. Fator importante para

> a Administração reside na necessidade de, periodicamente, ser feita avaliação sobre o proveito do serviço prestado. Desse modo, poderá ser ampliada a prestação de certos serviços e reduzida em outros casos, procedendo-se à adequação entre o serviço e a demanda social.É tanta a necessidade de que a Administração atue com eficiência, curvando-se aos modernos processos tecnológicos e de otimização de suas funções, que a Emenda Constitucional nº 19/98 incluiu no art. 37 da CF o princípio da eficiência entre os postulados principiológicos que devem guiar os objetivos administrativos, como já tivemos a oportunidade de consignar (CARVALHO FILHO, 2010, p. 427)

## 3.7. Do Orçamento Público

As questões relacionadas ao orçamento público, sem dúvida, são aspectos fundamentais do Estado Democrático de Direito. No tocante ao conceito de orçamento, Ramos Filho (2012) destaca:

> Na clássica definição de Aliomar Baleeiro, orçamento consiste no ato pelo qual o Poder Legislativo prevê e autoriza ao Poder Executivo, por certo período e em pormenor, as despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos e outros fins adotados pela política econômica ou geral no país, assim como a arrecadação de receitas já criadas em lei. (RAMOS FILHO, 2012, p.139)

Nesse sentido, orçamento público é a lei que prevê as receitas e fixa as despesas para um determinado exercício financeiro. O orçamento se compõe, assim, de receitas e despesas. Segundo o art. 2º da Lei 4320/64, o orçamento público deverá evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do Governo. Ramos Filho (2012, p. 139) assevera que: “como observa Fernando Leme Weiss, os orçamentos devem deixar claro quais são os programas de governo, ou seja, quais são as propostas mais amplas que serão efetivadas através de dotações orçamentárias”.

“O orçamento público pode, pois, ser considerado no dizer de Alberto Deodato, ‘o espelho e avida do Estado e, pelas cifras, se conhecem os detalhes de seu progresso, da sua cultura e civilização.” (Ramos Filho, 2012, p.139)

Existem alguns princípios que norteiam a elaboração das propostas orçamentárias e do orçamento em si: a) exclusividade; b) universalidade; c)

especialização; d) programação; e) anterioridade; f) anualidade; g) unidade; h) não afetação.[26]

O princípio da exclusividade determina que o orçamento, em regra, não poderá ter dispositivo estranho à fixação das despesas e à previsão das receitas (art 165, § 1º, CF).

O princípio da universalidade determina que todas as receitas e todas as despesas governamentais sejam incluídas no orçamento por seus valores brutos, sem qualquer dedução (art 6º da Lei nº 4.320/64). Ademais, segundo o art. 165, § 5º da CF, o orçamento deve conter todas as receitas e as despesas referentes aos poderes do Estado, seus fundos, órgão, entidades da Administração Direta e Indireta, inclusive as fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público.

Segundo o princípio da especialização ou especificação, a discriminação das receitas e despesas deverá ser feita por unidade administrativa (art. 13 da Lei nº 4.320/64) ou no mínimo por elementos (art. 15, caput, da Lei nº 4.320/64). Isto permite que as receitas e despesas sejam autorizadas não em bloco, mas de modo preciso e detalhado, conferido clareza e compreensão ao orçamento público.[27]

Ramos Filho (2012) destaca que, segundo o princípio da programação, o orçamento deve ter o conteúdo e a forma de programação. “Isto decorre da própria natureza do orçamento, que é a expressão quase completa do programa de cada um dos órgãos e entidades que constituem o setor público.[28]

O princípio da anterioridade orçamentária recomenda que o orçamento seja aprovado antes do início do exercício financeiro a que servirá (Ramos Filho, 2012, p.142). O princípio da anualidade orçamentária exige que o orçamento público seja elaborado e autorizado para um determinado período de tempo, denominado exercício financeiro, assim entendido como o período em que se executa o orçamento.

[26] RAMOS FILHO, 2012, p. 140
[27] RAMOS FILHO, 2012, p. 140
[28] RAMOS FILHO, 2012, p. 141

> O princípio da não afetação (ou da não vinculação) objetiva que determinados recursos públicos não sejam direcionados para atender a gastos determinados, isto é, que não tenham uma destinação especial, de modo a que ingressem, sem discriminação, a um "fundo comum" e sirvam para financiar todas as despesas públicas. (Ramos Filho, 2012, p. 143)

## 3.8. Do Sistema de Saúde do CBMDF

O início do atendimento em saúde no CBMDF deu-se através da Lei nº 6.333, de 18 de Maio de 1976, quando o presidente da República sancionou a Lei de Organização Básica do CBMDF, sendo estruturado em órgãos de: Direção (encarregado do comando e da administração geral – planejamento e organização em todos os níveis, sendo também responsável pelo acionamento, coordenação, controle e fiscalização da atuação dos demais órgãos); apoio (atendem as necessidades de pessoal e material de toda corporação, mas só realizam as atividades-meio); e execução (realizam as atividades-fim). Insta salientar que até esse momento não existia assistência à saúde nos moldes que são encontrados atualmente, isto é, a estrutura profissional da Policlínica médica foi montada com o auxílio de médicos civis contratados, não havendo portanto médicos oficiais[29].

Corroborando ao direito à saúde na Corporação, a Lei 7.479/1986, em seu art. 51, assevera que a assistência médico-hospitalar consiste em um direito do bombeiro-militar.

> Art 51. São direitos dos bombeiros-militares:
> (...)
> **e) a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem assim o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários;** (BRASIL, LEI 7.479, 1986) ***(grifo nosso)***

Na Lei Federal 8.255, de 20 de novembro de 1991, observa-se a estrutura Diretoria de Saúde – DISAU na Organização Básica do CBMDF, estabelecendo suas responsabilidades e especificando sobre o quadro de pessoal da Corporação, com um Quadro específico para Oficiais de Saúde.

---

[29] RODRIGUES, 2016

> Art. 13. Às Diretorias, órgãos de direção setorial, organizadas sob a forma de sistema, compete realizar o planejamento, a orientação, o controle, a coordenação, a fiscalização e a execução das atividades, dos programas e dos planos relativos às estratégias setoriais específicas, compreendendo: I - Diretoria de Pessoal; II - Diretoria de Finanças; III - Diretoria de Apoio Logístico; IV - Diretoria de Ensino e Instrução; V - Diretoria de Serviços Técnicos; **VI - Diretoria de Saúde**; VII - Diretoria de Inativos e Pensionistas".
> **Art. 19. A Diretoria de saúde, órgão de direção setorial do sistema de saúde, é responsável pelo planejamento, coordenação, fiscalização, controle e execução das atividades de assistência médica, odontológica, farmacêutica e sanitária à família bombeiro-militar. (Revogado pela Lei nº 12.086, de 2009).**
> Art. 30. O pessoal do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal compõe-se de: I - Pessoal da Ativa: a) Oficiais, constituindo os seguintes Quadros: 1. Quadro de Oficiais BM Combatentes (QOBM/Comb.); 2. Quadro de Oficiais BM de Saúde (QOBM/S); Quadro de Oficiais BM Médicos (QOBM/Méd.); Quadro de Oficiais BM Cirurgiões Dentistas (QOBM/C. Dent.); 3. Quadro de Oficiais BM Complementar (QOBM/Comp.); 4. Quadro de Oficiais BM de Administração (QOBM/ Adm.); 5. Quadro de Oficiais BM Especialistas (QOBM/Esp.); Quadro de Oficiais BM Músicos (QOBM/Mús.); Quadro de Oficiais BM de Manutenção (QOBM/Mnt.); 6. Quadro de Oficiais BM Capelão (QOBM/Cpl.); b) Praças Bombeiros - Militares (Praças BM). (BRASIL, Lei 8.255, 1991) ***(grifo nosso)***

A Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002, que dispõe sobre a remuneração dos militares do Distrito Federal e dá outras providências, prevê também em seu Capítulo VII a existência da assistência médico-hospitalar do CBMDF, a qual deverá ser prestada através de um sistema de saúde da Corporação, o qual destina-se a atender o militar, seus dependentes, inativos e pensionistas.

> CAPÍTULO VIII
> DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
> Art. 32. A assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar e seus dependentes será prestada por intermédio de organizações do serviço de saúde da respectiva Corporação, com recursos consignados em seu orçamento, conforme dispuser em regulamento próprio a ser baixado pelo Governo do Distrito Federal. (Redação dada pela Lei nº 11.134, de 2005)
> § 1º O militar e seus dependentes poderão receber atendimento em outras organizações hospitalares, nacionais ou estrangeiras, nas seguintes situações especiais: (...)
> § 2º A organização de saúde da Corporação, destina-se a atender ao militar, seus dependentes e pensionistas. (BRASIL, **LEI Nº 10.486, DE 4 DE JULHO DE 2002.**)

A partir da Lei 12.086, de outubro de 2009, a Diretoria de Saúde tornou-se um órgão setorial subordinado ao Departamento de Recursos Humanos (DERHU).

Já em 2010, o Presidente da República, por meio do Decreto nº 7.163, de 29 de abril, alterou a organização básica do CBMDF, em relação aos órgãos de direção-geral e setorial. No mesmo ano, em 21 de junho, através do Decreto nº 31.817, o Governador do DF regulamentou os órgãos de apoio e de execução da Instituição.

Além do marco teórico da saúde observado, é importante também mencionar a criação do Fundo de Saúde do CBMDF por meio do Decreto nº 4.628, de 19 de abril de 1979:

> DECRETO Nº 4.628 DE 19 DE ABRIL DE 1979
> Regula o Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências.
> O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II. do artigo 20, da Lei nº 3.751, de 13 de abril de 1960, DECRETA:
> Art. 19 - O Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal (CBDF), de acordo com o parágrafo 1º, do artigo 73, da Lei nº 5.906, de 23 de julho de 1973 - Lei de Remuneração do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal - destina-se a complementar as despesas decorrentes da assistência médico-hospitalar aos dependentes dos bombeiros-militares.
> Art. 2º - São beneficiários do Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal (CBMDF), os dependentes dos bombeiros - militares definidos nos artigos 128 e 129, da Lei nº 5.906, de 23 de julho de 1973.
> Art. 3º - O Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal (CBDF) será constituído pelos recursos provenientes de:
> I - dotação orçamentária própria, consignada no Orçamento do Distrito Federal;
> II - contribuição mensal de 3% (três por cento) do soldo ou quotas de soldo do bombeiro-militar;
> III - receitas provenientes de indenizações e restituições;
> IV - receitas provenientes de convênios ou contratos;
> V - receitas provenientes de doações ou legados;
> VI - outras receitas. BRASIL, DECRETO Nº 4.628 DE 19 DE ABRIL DE 1979

No entanto, tal norma promulgada em 1979 foi posteriormente revisada e regulamentada por meio do Decreto nº 26.876, de 05 de junho de 2006, o qual especifica sobre a assistência médico-hospitalar, médico domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, seus dependentes legais e pensionistas.

Os recursos financeiros para a promoção à saúde na Corporação serão oriundos das dotações consignadas no orçamento da União por meio de propostas orçamentárias anuais da Corporação e pelo Fundo de Saúde.[30] O Fundo de Saúde,

[30] BRASIL, Decreto nº 26.876, 2006

por sua vez, será composto por: contribuições mensais do Fundo de Saúde; indenizações ao Fundo de Saúde por atos médicos, paramédicos, serviços ou afins; receitas provenientes de outras fontes; doações ou legados.[31]

> Art. 18. As contribuições mensais, para a constituição e manutenção do Fundo de Saúde da Corporação, corresponderão: I - a 2% a.m. (dois por cento ao mês) do valor do soldo ou cotas de soldo do bombeiro-militar; II - a 2% a.m. (dois por cento ao mês) do valor do soldo, cotas de soldo ou cota-tronco do pensionista. Art. 19. A contribuição de que trata o artigo anterior poderá ser acrescida de até 100% (cem por cento) do seu valor, para cada dependente participante do Fundo de Saúde, conforme regulamentação do Comandante-Geral da Corporação.[32]

As contribuições mensais, antes de 3%, correspondem a 2% do valor de soldo do bombeiro militar, valendo também essa contribuição para o soldo, cota-soldo ou cota-tronco do pensionista. Ademais, a contribuição de que trata o Fundo de Saúde poderá ser acrescida de até 100% do seu valor, conforme a gestão do Comandante-Geral da Corporação.

É facultado ao militar inativo ou pensionista contribuir para assistência médico-hospitalar do CBMDF e, havendo o desligamento, fica vedada a reinclusão no Fundo de Saúde do militar inativo ou pensionista que optou pela não contribuição para o referido Fundo.[33] Além disso, compete ao Comandante-Geral do CBMDF a regulamentação do Fundo de Saúde.

> Art. 22. A utilização dos recursos orçamentários e do Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal submete-se às regras gerais de licitação e contratação, em todas as modalidades, aplicáveis à Administração Pública.[34]

O decreto em epígrafe estabelece ainda que o CBMDF poderá celebrar convênios, contratos ou credenciamentos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com profissionais autônomos, nas seguintes situações: a) de urgência ou emergência, quando as organizações de saúde da Corporação não dispuserem desse serviço especializado; b) quando as organizações de saúde do CBMDF não dispuserem de serviço especializado; c) quando esgotados ou insuficientes os recursos técnicos, materiais e humanos da Instituição; d) quando

---

[31] BRASIL, Decreto nº 26.876, 2006
[32] BRASIL, Decreto nº 26.876, 2006
[33] BRASIL, Decreto nº 26.876-2006, art. 20
[34] BRASIL, Decreto nº 26.876-2006, art. 21

não dispuser de unidade hospitalar especializada para o atendimento do usuário interdito ou portador de doença que necessite de assistência médica ou de enfermagem prolongada.[35]

> Art. 31. Para os efeitos de assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social, são considerados dependentes do militar: I - 1º grupo: a) o cônjuge, companheiro ou companheira reconhecido judicialmente; b) os filhos (as) ou enteados (as) até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estudantes universitários, ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez; c) a pessoa sob guarda ou tutela judicial até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estudante universitário, ou, se inválido, enquanto durar a invalidez; II - 2º grupo: os pais, com comprovada dependência econômica do militar, desde que reconhecidos como dependentes pela Corporação; III - 3º grupo: os que constarem na condição de dependentes do militar, até a data da entrada em vigor da Lei nº 10.486/2002, enquanto preencherem as condições estabelecidas em Estatuto da Corporação.[36]

Outro aspecto importante é sobre o reconhecimento dos dependentes no CBMDF para efeitos de assistência médico-hospitalar, constante no art. 31 do Decreto em tela.

### 3.8.1. Da assistência médico-hospitalar – contribuição e indenização

Sobre a assistência médico-hospitalar do CBMDF, merece destaque a Portaria nº 048, de 06 de setembro de 2002, no Boletim Geral nº 170, de 10 de setembro de 2002, que estabelece critérios relativos à contribuição para o Fundo de Saúde e à indenização pela prestação de assistência médico-hospitalar, em conformidade com a Lei de Remuneração dos Militares do DF e dá outras providências.

Em 2002, o Excelentíssimo Comandante-Geral do CBMDF publicou a portaria em tela, justificando sua promulgação através da realidade em saúde vivenciada pela Instituição, explanando sobre "a insuficiência de recursos orçamentários para o adequado funcionamento do sistema de saúde da Corporação"[37]. Ademais, frisaram-se "as constantes dificuldades financeiras enfrentadas pelo sistema de saúde, responsável pela assistência médico-hospitalar

[35] BRASIL, Decreto nº 26.876-2006, art. 23
[36] BRASIL, Decreto nº 26.876-2006, art. 31
[37] CBMDF, Portaria nº 48, 2002

a todos os militares ativos, inativos e pensionistas cuja arrecadação não propiciara um atendimento condizente com essa população”[38].

Assim, o Comandante Geral estipulou a quantia discriminada para cada dependente no art. 2º da referida portaria, escalonando quantia para cada dependente de militar ou pensionista de acordo com os proventos proporcionalmente fixados para oficias e praças.

> Art. 2º - O militar ou pensionista terá descontada mensalmente em sua remuneração, seus proventos, ou na cota-tronco da pensão militar, como contribuição para o Fundo de Saúde, além do percentual fixado no § 1º, do Art. 33, da Lei n.º 10.486, de 04 jul. 2002, a quantia abaixo discriminada para cada dependente:
> I - R$ 12,00 (doze reais) para Oficiais Superiores;
> II - R$ 10,00 (dez reais) para Oficiais Intermediários e Subalternos;
> III - R$ 8,00 (oito reais) para Subtenentes e Sargentos;
> IV- R$ 6,00 (seis reais) para Cadetes do último ano, Cabos e Soldados de 1ª Classe
> V - R$ 4,00 (quatro reais) para Cadetes dos 1º e 2º anos e Soldados de 2ª Classe.
> Parágrafo único.: Para pensionista, a quantia aplicada será correspondente ao grau hierárquico do instituidor da pensão militar, conforme os incisos deste artigo. (...) (CBMDF, Portaria nº 48, Boletim Geral n.º 170, de 10 set. 2002.)

### 3.8.2. Da Diretoria de Saúde

O Art. 30 do Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010 estabeleceu como competências da Diretoria de Saúde:

> I - praticar os atos necessários ao recolhimento das indenizações ao Fundo de Saúde, observada a legislação específica; II - zelar pelo cumprimento do Regulamento Geral da Assistência Médica e Odontológica da Corporação; e III - exercer a função de ordenador de despesas, especificamente quanto aos créditos e recursos relacionados com a sua área de competência, observada a legislação específica. (BRASIL, 2010).

Conforme previsto em regimento interno do Departamento Recursos Humanos da Corporação, a Diretoria de Saúde do CBMDF, art. 70 da Portaria CBMDF n° 93 de 21/12/2011, possui a seguinte competência:

> Art. 70. A Diretoria de Saúde (DISAU) é o órgão de Direção Setorial, subordinado ao Departamento de Recursos Humanos, que tem por finalidade a coordenação, planejamento, controle, fiscalização e execução

[38] CBMDF, Portaria nº 48, 2002

> das atividades relacionadas com a atenção à saúde do bombeiro militar, seus dependentes legais e pensionistas. (CBMDF, Portaria nº 93, 2011)

A Corporação apresenta em seu organograma institucional a Policlínica do CBMDF, para a promoção de assistência médica, e Policlínica Odontológica, para a promoção de assistência odontológica, as quais encontram-se subordinadas à Diretoria de Saúde. A Lei de Organização Básica do CBMDF posiciona a Policlínica Médica e Policlínica Odontológica como órgãos de apoio à Instituição.

> Art. 24. Os órgãos de apoio compreendem
> I - a Academia de Bombeiros Militar;
> II - as Policlínicas: (Redação dada pela Lei nº 12.086, de 2009).
> a) Policlínica médica; e (Incluído pela Lei nº 12.086, de 2009).
> b) Policlínica odontológica; e (Incluído pela Lei nº 12.086, de 2009).
> III - os Centros, em número máximo de 12 (doze). (BRASIL, Lei 8.255, de 20 de novembro de 1991, art. 24)

Além disso, o Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010, tece maiores considerações em relação à Policlínica do CBMDF, abrangendo as competências e fazendo menção ao sistema de saúde da Corporação.

> SEÇÃO XII
> DA POLICLÍNICA MÉDICA
> Art. 16. Compete à Policlínica Médica do CBMDF, organização da saúde incumbida da assistência médico-hospitalar e, em caráter excepcional, da assistência médico-domiciliar, aos usuários do Sistema de Saúde da Corporação, além do previsto no art. 4º deste decreto:
> (...)
> Parágrafo único. O Sistema de Saúde da Corporação, referido no caput do presente artigo, é o conjunto de órgãos, instituições e pessoas físicas, prestadores de serviços de saúde aos bombeiros militares, seus dependentes e pensionistas, compreendendo as organizações do CBMDF, entidades públicas ou particulares, profissionais de saúde autônomos ou aqueles conveniados, contratados, ou credenciados pela Corporação. (BRASIL, Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010, art.16)

Além dos serviços prestados pela Diretoria de Saúde (DISAU), através da POMED e PODON, é importante reiterar que o CBMDF poderá celebrar convênios, contratos ou credenciamentos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com profissionais autônomos, nas hipóteses legais.

Não obstante, quando a DISAU não dispuser dos meios para o fornecimento de determinados serviços especializados, é realizado o

credenciamento de empresas de saúde pela Corporação para a prestação dos serviços especializados, conforme a demanda. O Credenciamento constitui uma modalidade de inexigibilidade de licitação – a base legal do credenciamento é justamente o art. 25, caput, da Lei 8.666/93. Nesse sentido, encontra-se em vigor o Edital de Credenciamento n° 01/2011, publicado em conformidade em conformidade com a Portaria n.º 005 de 19 de fevereiro de 2001, sujeitando-se às disposições no que couber à Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

Nesse ínterim, a rede credenciada é composta de entidades e de profissionais da área de saúde, para complementação da assistência médica, odontológica, psicológica, fisioterapêutica, de diagnose, de fonoterapia e de internação psiquiátrica e dependência química para atendimento aos militares, pensionistas e seus dependentes do CBMDF, por meio de hospitais, clínicas especializadas e laboratórios[39]. Tal rede credenciada estará sujeita aos ditames da Lei nº 8.666/93.

É mister salientar que o CBMDF tem enfrentado algumas dificuldades na definição de políticas de saúde baseada na economia da oferta e as dificuldades de estabelecer controles sobre os gastos relacionados com a atividade de saúde[40].

Segundo Oliveira (2016), desde o exercício de 2010, até o dia 31 de dezembro de 2014 foram perdidos R$ 14.732.213,51 com cancelamento de restos a pagar na DISAU. Nesse mesmo período, houve reconhecimento de dívida no valor de R$ 2.815.561,29, totalizando um prejuízo de mais de R$ 17,5 milhões. (SIAFI, 2016)

Segundo Oliveira (2016):

> Esse montante poderia ter sido utilizado para atender diversas necessidades da DISAU, inclusive a compra de um sistema de gestão que auxiliasse a diretoria no controle do gasto. Tal controle tem sido feito de forma rústica, por meio de planilhas com entradas manuais e informações não oficiais das empresas, que aumenta a nossa probabilidade de erro no exercício de estimar o montante que deve ser empenhado para cada empresa ao fim de exercício.[41]

[39] CBMDF, Edital de Credenciamento nº 001, 2001
[40] OLIVEIRA, 2016
[41] OLIVEIRA, 2016

Segundo Oliveira (2016), “outro fator que dificulta a gestão é a quantidade de empresas credenciadas, que no encerramento do ano de 2014 era de 137, entre clínicas e hospitais. O total de Notas de Empenhos emitidas no ano foi 604, entre empenhos iniciais, remanejamentos, reforços e anulações de empenho”.

Além disso, no que se refere à concessão da assistência médica, o CBMDF, enquanto órgão com sistema de saúde próprio, também tem se submetido às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no que couber. A Instituição possui um fundo de saúde e a política da administração tem se dado na obediência a cobertura mínima contida no Rol da ANS, chamado Plano-Referência (BRASIL, Lei nº 9.656. art. 10)

> Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (...) (BRASIL, Lei 9.656, 1998)

### 3.8.3. Do Diretor de Saúde como Ordenador de Despesas

Segundo o Decreto 7.163/2010, em seu art. 30, compete à Diretoria de Saúde exercer a função de ordenador de despesas, sendo criada no mesmo exercício a Unidade Gestora SIAFI 170495 para a gestão do seu orçamento[42]:

> Art. 30. Compete à Diretoria de Saúde, órgão incumbido das atividades relacionadas com a atenção à saúde do bombeiro militar, seus dependentes legais e pensionistas, além do previsto no art. 26:
> I - praticar os atos necessários ao recolhimento das indenizações ao Fundo de Saúde, observada a legislação específica;
> II - zelar pelo cumprimento do Regulamento Geral da Assistência Médica e Odontológica da Corporação; e
> III - exercer a função de ordenador de despesas, especificamente quanto aos créditos e recursos relacionados com a sua área de competência, observada a legislação específica (BRASIL, Decreto 7.163, 2010).

### 3.8.4. Do Planejamento Estratégico do CBMDF, DISAU e PARF da Saúde

O Plano Estratégico do CBMDF, que versa sobre todo o planejamento do quadriênio 2013-2016, traz à baila bastantes aspectos relacionados à saúde dos

[42] OLIVEIRA, 2016

militares. Nos objetivos estratégicos (CBMDF, Plano Estratégico, 2015) ressalta-se a otimização do atendimento à saúde dos bombeiros militares e dependentes, sob a perspectiva dos processos internos.

> OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
> PERSPECTIVA DA SOCIEDADE:
> Obter a excelência dos serviços prestados à Comunidade.
> PERSPECTIVA DOS PROCESSOS INTERNOS:
> Otimizar a gestão estratégica e administrativa da Corporação.
> Otimizar o atendimento à saúde dos bombeiros militares e dependentes.
> Otimizar o emprego da tecnologia da informação e comunicação
> PERSPECTIVA DA APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO:
> Obter a excelência do desenvolvimento de pesquisas na área de atuação.
> Obter a excelência na formação e capacitação dos bombeiros.
> PERSPECTIVA FINANCEIRA
> Otimizar a gestão orçamentária e financeira da Corporação. (CBMDF, Plano Estratégico, 2015)

Contudo, a otimização do atendimento à saúde pela Corporação deve caminhar lado a lado com a otimização da gestão orçamentária e financeira da Corporação.

**Figura 1 – Missão, Visão e Objetivos Estratégicos do CBMDF para o quadriênio 2013-2016**

Fonte: CBMDF, 2015.

No Plano Estratégico, constam somente 2 (duas) ações específicas a serem realizadas pela Diretoria de Saúde: a) realizar campanhas preventivas de saúde, mitigando a incidência de alcoolismo, tabagismo entre militares ativos, com orçamento previsto de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para a ação; e b) ampliar e modernizar as instalações de assistência à saúde física e mental dos dependentes e pensionistas, com orçamento previsto de R$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais).[43]

[43] CBMDF, Plano Estratégico, 2015

No quadro resumo de alocação de recursos por órgãos, consta que a DISAU chega a consumir 8,55 % dos recursos destinados à Corporação, ficando apenas abaixo do Comando Operacional em termos de prioridades na Corporação.

**Figura 2 –Taxa de ações realizadas referentes ao Objetivo Estratégico 3 (otimizar o atendimento à saúde dos bombeiros militares e dependentes).**

**OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Otimizar o atendimento à saúde dos bombeiros militares e dependentes.**

**Indicador 3:** Taxa de ações realizadas.

| Metas | Vo | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|
| | - | 40% | 60% | 80% | 100% |

| ORDEM | AÇÃO | RESPONSÁVEL | JUSTIFICATIVA (POR QUÊ?) | RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIOS (R$) | INDICADOR | METAS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| 3.1 | Realizar campanhas preventivas de saúde. | DISAU | Mitigar a incidência de alcoolismo, drogas e tabagismo entre os militares ativos. | 30.000 | Campanha realizada | - | 33% | 66% | 100% |
| 3.2 | Ampliar e modernizar as instalações de assistência à saúde física e mental dos bombeiros, dependentes e pensionistas. | DISAU | Garantir o suporte adequado à saúde dos bombeiros e seus beneficiários, prevenindo e tratando doenças, reduzindo o índice de absenteísmo e melhorando por consequência a efetividade dos serviços prestados a sociedade. | 40.000.000 | % da obra construída | 75% | 100% | - | - |
| 3.3 | Elaborar a política de saúde da Corporação | EMG | Prover saúde preventiva e reabilitação aos bombeiros militares e seus beneficiários, reduzindo o índice de absenteísmo, garantindo a saúde física e mental do efetivo e de sua família, melhorando por consequência os serviços prestados pela Corporação a sociedade. | Atividade sem demanda de recurso orçamentário. | Política de saúde elaborada | - | - | 100% | - |

Fonte: CBMDF, 2015.

**Figura 3 –Alocação de Recursos por Órgãos**

**ANEXO B – QUADROS RESUMOS**

**QUADRO I - ALOCAÇÃO DE RECURSOS POR ÓRGÃOS**

| OBM | VALORES (em Reais) | PERCENTAGEM (%) |
|---|---|---|
| APROS | 1.750.000,00 | 0,37 |
| COMOP | 320.765.324,00 | 68,53 |
| DEALF | 31.275.000,00 | 6,68 |
| DEPCT | 24.200.000,00 | 5,17 |
| DESEG | 5.500.000,00 | 1,18 |
| DIGEP | 400.000,00 | 0,09 |
| DIPCT | 430.000,00 | 0,09 |
| DIREN | 15.300.000,00 | 3,27 |
| DISAU | 40.030.000,00 | 8,55 |
| DITIC | 18.225.000,00 | 3,89 |
| EMG | 5.100.000,00 | 1,09 |
| GABCG | 5.100.000,00 | 1,09 |
| **Total** | **468.075.324,00** | **100,00** |

Fonte: CBMDF, 2015.

É bem verdade que, segundo os Relatórios de Gestão da Saúde destinados ao TCU, o mais novo, referente ao exercício de 2015, consta um orçamento realizado aproximadamente ao valor de R$ 68.000.000,00 (sessenta e oito milhões) investidos na área da saúde. O valor constante no Plano Estratégico de R$ 40.030.000,00 (quarenta milhões e trinta mil reais) previsto para 4 anos está muito abaixo do orçamento anual realizado. Nesse sentido, observa-se que o Plano Estratégico não se comunica com os Planos de Aplicação de Recursos Financeiros (PARF's) publicados anualmente pela Corporação. Pior ainda, o Plano Estratégico não se comunica com o PARF, o qual por sua vez não se aproxima da realidade orçamentária em saúde vivenciada pela gestão da DISAU, conforme se verá no tópico adiante.

### 3.8.5. PARF e análise da realização do PARF referente ao exercício de 2015

O PARF do exercício de 2015 foi publicado por meio da portaria CBMDF n° 27 de 02/10/2014, contudo, devido a licitações atrasadas, contingenciamento, aumento dos serviços proporcionado pelo novo edital, bem

como problemas causados por execução de contrato deficiente, foi alterado pela Portaria 21 de 20/05/2015, publicada no BG n° 097 de 25/05/2015, conforme o descrito a seguir.

**Figura 4 – PARF 2015 – Custeio**

| RESPONSÁVEL | COD. | Descrição | VALOR |
|---|---|---|---|
| PODON | CS-01 | Auxiliares de Odontologia | 860.000,00 |
| POMED | CS-02 | Manutenção de Software e Interfaceamento do Laboratório | 50.000,00 |
| POMED | CS-03 | Medicamento | 100.000,00 |
| CECAF | CS-04 | Material Esportivo | 20.500,00 |
| PODON | CS-05 | Manutenção de Equipamentos odontológicos | 175.000,00 |
| POMED | CS-06 | Manutenção de Equipamentos da POMED e Fisioterapia | 505.000,00 |
| POMED | CS-07 | Kits Reagentes | 3.277.000,00 |
| PODON | CS-08 | Material Odontológico | 500.000,00 |
| POMED | CS-09 | Material Hospitalar | 500.000,00 |
| DISAU | CS-10 | Credenciamento de Clínicas e Hospitais - DF | 40.029.257,00 |
| POMED | CS-11 | Auditores em saúde | 100.00,00 |
| POMED | CS-12 | Serviço de monitoramento e dosagem de radiação | 12.500,00 |
| **TOTAL - Custeio** | | | **46.029.257,00** |

Fonte: BG 226 e SIAFI-2015.

**Figura 5 – PARF 2015 – Investimento**

| RESPONSÁVEL | COD. | DESCRIÇÃO | VALOR 2013 |
|---|---|---|---|
| POMED | IS-1 | Aquisição de Equipamentos | 875.947,00 |
| POMED | IS-2 | Mobiliário | 0,00 |
| POMED | IS-3 | Obra da POMED | 5.000.000,00 |
| **TOTAL - Investimento** | | | **5.875.947,00** |

Fonte: BG 226 e SIAFI-2015.

## Figura 6 – Análise da realização do PARF 2014

| CÓD | ATIVIDADE | VALOR PREVISTO | REALIZADO | % REALIZADO | JUSTIFICATIVA |
|---|---|---|---|---|---|
| CS-01 | Auxiliares de Odontologia | 860.000,00 | 880.260,79 | 102,36% | Conforme o planejado. |
| CS-02 | Manutenção de Software e Interfaceamento do Laboratório | 50.000,00 | 0,00 | 0,00% | A empresa que realizava a manutenção do software faliu o que impossibilitou a realização da atividade. |
| CS-03 | Medicamento | 100.000,00 | 4.949,78 | 4,95% | Licitações frustradas. |
| CS-04 | Material Esportivo | 20.500,00 | 4.992,25 | 24,35% | Licitações frustradas. |
| CS-05 | Manutenção de Equipamentos odontológicos | 175.000,00 | 47.266,30 | 27,01% | Conforme o planejado. Previsão com base na entrega da nova POMED. |
| CS-06 | Manutenção de Equipamentos da POMED e Fisioterapia | 505.000,00 | 86.798,12 | 17,19% | Conforme o planejado. Previsão com base na entrega da nova POMED. |
| CS-07 | Kits Reagentes | 3.277.000,00 | 3.256.961,80 | 99,39% | Conforme o planejado. |
| CS-08 | Material Odontológico | 500.000,00 | 288.287,14 | 57,66% | Licitações frustradas. |
| CS-09 | Material Hospitalar | 500.000,00 | 77.753,20 | 15,55% | Não apresentação de projeto básico e Licitações frustradas. |
| CS-10 | Credenciamento de Clínicas e Hospitais - DF | 40.029.257,00 | 51.887.916,80 | 129,62% | Conforme o planejado. Demanda com crescimento inesperado. |
| CS-11 | Auditores em saúde | 100.00,00 | 0,00 | 0,00% | Não apresentação de projeto básico. |
| CS-12 | Serviço de monitoramento e dosagem de radiação | 12.500,00 | 0,00 | 0,00% | Não houve contratação. |
| CS-13 | Material Técnico p/ Seleção e Treinamento | 0,00 | 7.951,20 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-14 | Material de Limpeza e Prod. de Higienização | 0,00 | 37.954,39 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-15 | material p/ Manutenção de Bens Móveis | 0,00 | 147.671,33 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-16 | Material de Proteção e Segurança | 0,00 | 125.124,90 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-17 | Material p/ Áudio, Vídeo e Foto | 0,00 | 6.187,08 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-18 | Material p/ Reabilitação Profissional | 0,00 | 16.877,31 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-19 | Locação de Máquinas e Equipamentos | 0,00 | 4.121,47 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CS-20 | Serviços Domésticos | 0,00 | 36.752,00 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-21 | Serviço de Seleção e Treinamento | 0,00 | 2.640,00 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-22 | Reserva de Contingência | 0,00 | 8.208.791,14 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS-1 | Aquisição de Equipamentos Médicos | 875.947,00 | 516.492,47 | 58,96% | Conforme o planejado e Licitações frustradas |
| IS-2 | Móveis da POMED | 0,00 | 48.744,85 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS-3 | Aparelhos de Medição e Orientação | 0,00 | 493,60 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS-4 | Veículos de Tração Mecânica | 0,00 | 782.982,00 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS5 | Obras e Instalações | 5.000.000,00 | 1.357.957,94 | 27,16% | Conforme o planejado. |
| **TOTAL** | | 51.905.204,00 | 67.835.927,86 | 130,69% | Só foi possível atender a demanda devido à suplementação orçamentária conforme 2015NC000113 e 2015NC000123 do FCDF para esta UPC |

Fonte: DISAU e SIAFI-2015.

A partir do Relatório de Gestão da Diretoria de Saúde destinada ao Tribunal de Contas da União, referente ao exercício de 2015, observa-se que estava previsto no PARF o valor de R$ 51.905.204,00 (cinquenta e um milhões, novecentos e cinco mil, duzentos e quatro reais) para a saúde, no entanto, no exercício de 2015, foram gastos R$ 67.835.927,00 (sessenta e sete milhões, oitocentos e trinta e cinco mil, novecentos e vinte e sete reais e oitenta e seis centavos), isto é, 30,69% acima do previsto no PARF publicado em 2014. Assim, só foi possível atender à demanda devido à suplementação orçamentária do Fundo Constitucional para a DISAU.

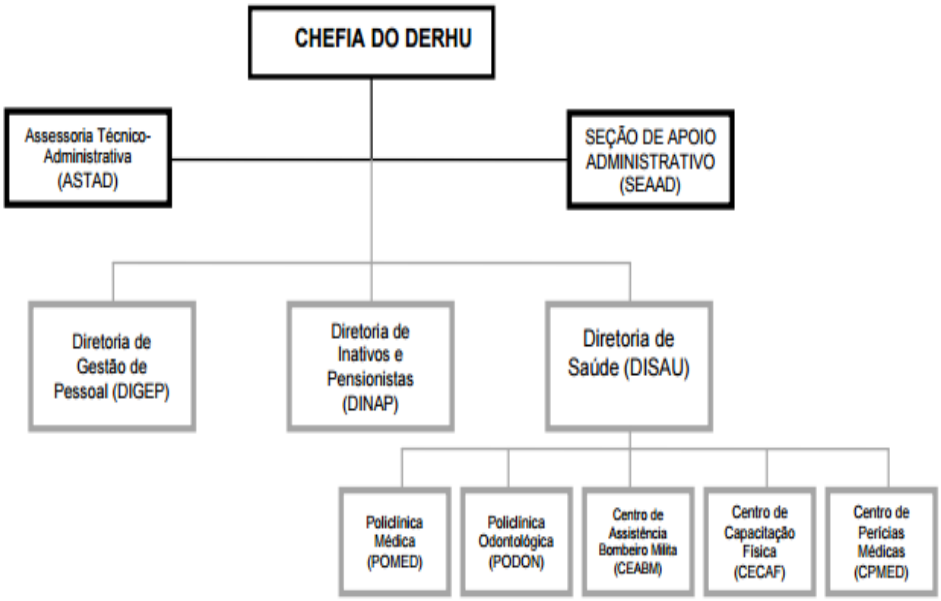
Quanto à rede credenciada, observou-se que o PARF previu o valor de R$ 40.029.257,00 (quarenta milhões, vinte e nove mil, duzentos e quarenta e sete reais, contudo, foram gastos R$ 51.887.916,80 (cinquenta e um milhões, oitocentos e oitenta e sete mil, novecentos e dezesseis reais e dezoito centavos) com credenciamento, correspondendo a 29, 62% acima do estimado.

Nesse sentido, pode-se entender que alguns valores estimados pela gestão da DISAU para a saúde não estão se aproximando da realidade dos gastos em saúde vivenciada. Isto também pode ser observado nos Relatórios de Gestão anteriores a 2015 que contam no Apêndice 1 desta monografia.

### 3.8.6. Do Regimento Interno da DISAU

**Figura 7 – Organograma da Chefia do DERHU**

I - ORGONOGRAMA DA CHEFIA DO DERHU



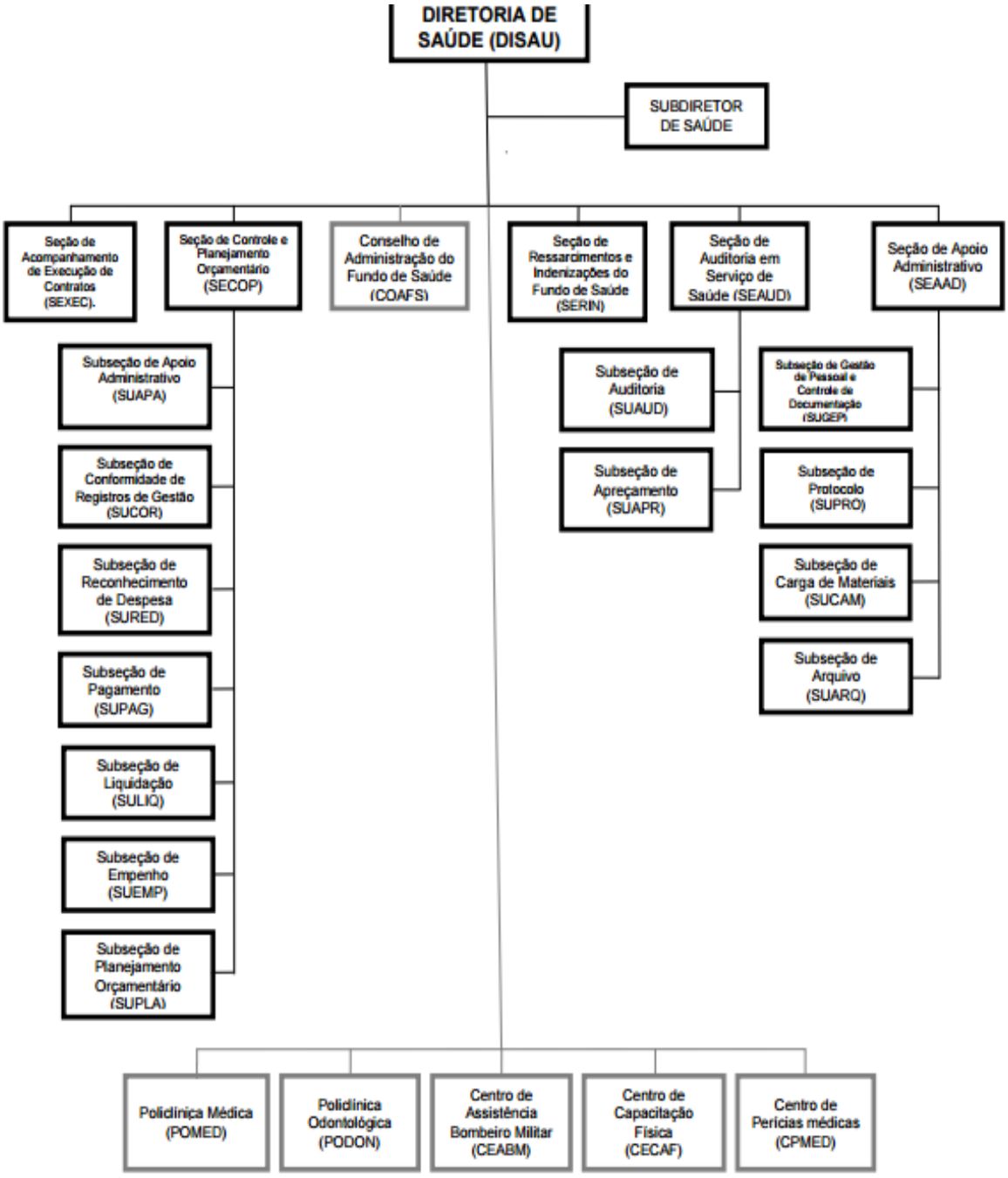

Fonte: CBMDF, Regimento Interno do DERHU, 2011.

Segundo o Regimento Interno do DERHU, publicado no BG nº 239, de 22 de dezembro de 2011, A DISAU está organizada da seguinte forma:

> Art. 71 Para o desempenho de suas atribuições, a Diretoria de Saúde (DISAU) está organizada da seguinte forma: I - Direção da DISAU; II - Conselho de Administração do Fundo de Saúde (COAFS); III - Seção de Apoio Administrativo (SEAAD): a) Subseção de Gestão de Pessoal e Controle de Documentação (SUGEP); b) Subseção de Protocolo (SUPRO); c) Subseção de Carga de Materiais (SUCAM); d) Subseção de Arquivo (SUARQ); IV - Seção de Auditoria em Serviço de Saúde (SEAUD): a) Subseção de Auditoria (SUAUD); b) Subseção de Apreçamento (SUAPR); V - Seção de Controle e Planejamento Orçamentário (SECOP): a) Subseção de Apoio Administrativo (SUAPA); b) Subseção de Pagamento (SUPAG); c) Subseção de Planejamento Orçamentário (SUPLA); d) Subseção de Reconhecimento de Despesa (SURED); e) Subseção de

Empenho (SUEMP); f) Subseção de Liquidação (SULIQ); g) Subseção de Conformidade de Registros de Gestão (SUCOR); VI - Seção de Ressarcimentos e Indenizações do Fundo de Saúde (SERIN); VII - Seção de Acompanhamento de Execução de Contratos (SEXEC). § 1° Subordinam-se à DISAU os Órgãos de apoio abaixo discriminados, cujas estruturas e competências encontram-se abordadas nos Capítulos V a IX deste Regimento: I - Policlínica Médica (POMED); II - Policlínica Odontológica (POLOD); III - Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM); IV - Centro de Capacitação Física (CECAF); V - Centro de Perícias médicas (CPMED). (CBMDF, Regimento Interno do DERHU, 2011)

**Figura 8 – Organograma da Chefia da Diretoria de Saúde**




Fonte: CBMDF, Regimento Interno do DERHU, 2011.

### 3.8.7. Da Auditoria da DISAU e dos tratamentos de alto custo

O Conselho Federal de Medicina, através da RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001, define auditoria como:

> (...) a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços; (...) a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão; (CFM, RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001, 2001)

É incontestável a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde. A Seção de Auditoria em Saúde consiste no órgão que realiza todas as auditorias em saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, assessorando a Administração (DISAU) frente aos exames e análise da qualidade nas ações de saúde praticados pelos prestadores de serviço. Nesse sentido, durante esse exame, são avaliados aspectos quantitativos – referentes à produção e produtividade, aspectos qualitativos e contábeis – referentes aos custos operacionais das ações de saúde, observando-se sempre os preceitos éticos e legais.

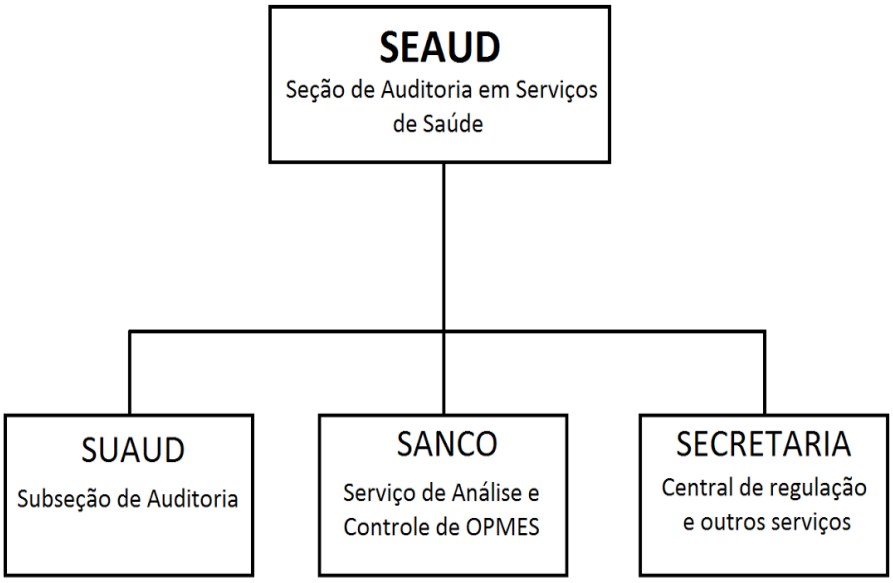
As ações de auditoria supramencionadas foram normatizadas do CBMDF por intermédio da Instrução Normativa (IN) no 1/2010 da Diretoria de Saúde, publicado no Boletim Geral (BG) no 232 de 20 de dezembro de 2010, a qual estabelece os critérios para execução do serviço de auditoria na área da saúde do CBMDF.

> Art. 75 À Seção de Auditoria em Serviço de Saúde (SEAUD), além do previsto no artigo 73, compete: I - aplicar, na íntegra, as Instruções Normativas vigentes, referentes às atividades de Auditoria; II - realizar "auditoria pós" nas contas hospitalares oriundas de atendimento aos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF, observando termos contratuais e a legislação vigente; III - realizar análise Contábil das faturas referentes às contas hospitalares oriundas de atendimento aos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF; IV - realizar análise técnica das autorizações para realização de procedimentos cirúrgicos e exames de alto custo; V - solicitar junto a hospitais credenciados cotações de órtese, prótese e materiais especiais (OPME); VI - realizar visitas técnicas (médicas) a pacientes internados em hospitais credenciados; VII - realizar auditoria in loco, nas contas hospitalares referentes a cirurgias e internações; VIII - realizar serviços administrativos pertinentes à Seção de Auditoria; IX - elaborar relatórios referentes às atividades da Seção de Auditoria; X - controlar e fiscalizar os serviços de autorizações para os usuários de exames junto às

> clinicas credenciadas. (CBMDF, Regimento Interno do DERHU, 2011) (grifo nosso)

Observada a existência de um sistema de saúde próprio, é importante mencionar que a Diretoria de Saúde apresenta uma seção diretamente subordinada ao Diretor de Saúde, Seção de Auditoria em Saúde (SEAUD), que procede com as auditorias no tocante aos tratamentos médicos de alto custo – os quais constituem objeto do presente estudo. Na prática, tal seção apresenta o seguinte organograma:

**Figura 9 – Organograma da SEAUD**




Fonte: SEAUD, 1º Workshop de Nivelamento dos Desempenhos e Necessidades Setoriais da DISAU. 2016

A Seção de Auditoria do CBMDF não possui ainda um Regimento Interno próprio, contudo, a partir da coleta de dados nos documentos da Administração, pode-se destacar que tal seção desempenha as seguintes funções:

I – audita aquisições de OPMES (órteses, próteses e matérias especiais e de síntese);

II – audita procedimentos cirúrgicos sem OPME;

III – realiza auditorias de contas externas (in loco);

IV – realiza auditoria de contas internas;

V – controla pacientes internados em apartamentos/enfermarias;

VI – controla de pacientes internados em UTI;

VII – audita medicações de alto custo;

VIII – audita procedimentos oncológicos;

IX – produz estatísticas;

X – realiza perícias prévias;

XI - inspeciona ressarcimentos;

XII – audita home care;

XIII – audita procedimentos de emergência;

XIV – audita recurso de glosa;

XV – audita procedimentos odontológicos;

XVI – audita exames de imagem

XVII – realiza protocolos / contato com credenciadas / normativas

XVIII – audita procedimentos diversos de alto custo: exames diversos/ terapias especificas/ especialidades não usuais/cirurgias ambulatoriais/ curativos especiais / hemodiálise.[44]

**Figura 10 – Efetivo previsto X Efetivo existente**

| **Efetivo previsto em norma** | | **Efetivo existente** | | **Saldo** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Oficiais** | **Praças** | **Oficiais** | **Praças** | **Oficiais** | **Praças** |
| 03 | 05 | 14 | 18 | **+9** | **+15** |

Fonte: SEAUD, 2016

[44] CBMDF, SEAUD, 2016

**Figura 11 – Estrutura ideal**

| Auditoria | Seções | Subseções |
|---|---|---|
| Prospectiva (Auditoria prévia ao evento assistencial) | Central de Regulação | Apreçamento |
| | | OPME |
| | | Procedimentos Cirúrgicos sem OPME |
| | | Medicações de Alto Custo |
| | | Perícias Prévias |
| | | Procedimentos Diversos de Alto Custo |
| | | Procedimentos Oncológicos |
| | | |
| Concorrente (Durante o evento assistencial) | Acompanhamento Médico/ Odontológico | Pacientes em UTI |
| | | Pacientes internados em apartamento |
| | | Home Care |
| | | |
| Retrospectiva (Análise do evento assistencial já realizado) | Auditoria Técnica Interna | Auditoria de Contas Internas |
| | | Procedimentos de Emergência |
| | | Ressarcimentos |
| | | Recurso de Glosa |
| | | |
| | Auditoria Técnica Externa | Auditoria de Contas Externas |

Fonte: SEAUD, 2016.

A Auditoria da saúde no CBMDF objetiva garantir a qualidade da assistência médica prestada e o respeito às normas técnicas, éticas e administrativas previamente estabelecidas e preservar a “saúde” financeira das instituições.[45]

Sobre a Auditoria da DISAU, insta salientar que sua natureza jurídica é diferente da Auditoria no Sistema Único de Saúde. A Auditoria em serviços particulares possui natureza prospectiva, concorrente e retrospectiva; enquanto a Auditoria do SUS, operativa e analítica.[46]

A Auditoria é prospectiva em virtude de, a partir do pedido médico interposto pelos militares ou dependentes usuários do Sistema de Saúde do CBMDF, a auditoria realiza uma autorização pré-utilização e posteriormente encaminha toda a documentação para o prestador dos serviços de saúde. Com esse procedimento, a intenção é justamente de realizar um atendimento com qualidade permeado pela racionalização de custos. Assim, no tocante aos procedimentos ambulatoriais de alto

[45] CBMDF, SEAUD, 2016
[46] CBMDF, SEAUD, 2016

custo ou nas internações eletivas de alto custo, é realizada a avaliação e perícia nos pedidos médicos e nos pacientes. Tais avaliações permitem a elegibilidade do procedimento, o controle da postura e conduta e o combate ao excesso. É mister destacar que existe sempre uma necessidade de negociação e cotação frente aos prestadores nos casos de procedimentos de alto custo.[47]

**Figura 12 – Mapeamento da prospecção da auditoria**

Fonte: SEAUD, 2016.

A Auditoria do CBMDF também possui natureza concorrente, isto porque, durante o procedimento, é realizada uma análise das prescrições, evoluções e laudos dos exames. Ademais, este órgão prima por dialogar com o médico assistente; controlar as longas permanências, bem como acompanhar baixas

[47] CBMDF, SEAUD, 2016

permanências; avaliar a qualidade do atendimento; sugerir desospitalizações; orientar autorizações de drogas ou procedimentos de alto custo; confeccionar relatórios técnicos.[48]

**Figura 13 – Mapeamento da natureza concorrente da auditoria**

Fonte: SEAUD, 2016.

Por fim, a auditoria possui uma característica retrospectiva na medida em que é realizada após o procedimento médico. Isso permite o cumprimento dos seguintes objetivos pela Auditoria do CBMDF:

> I – controle contábil-financeiro;
> II – auditoria 'in loco' das faturas dos internamentos;
> III – controle evitando os desperdícios e as fraudes;
> IV – combate às cobranças indevidas;
> V – comprovação da qualidade dos serviços;

[48] CBMDF, SEAUD, 2016

> VI – avaliação dos processos objetivando serviços eficazes e eficientes;
> VII – redução de custos e aumento do nível de confiança dos associados;
> VIII – cumprimento ao objetivo social da auditoria: bem-estar dos beneficiários. (CBMDF, SEAUD, 2016)

**Figura 14 – Atribuições Setoriais de Destaque (segundo o organograma praticado)**

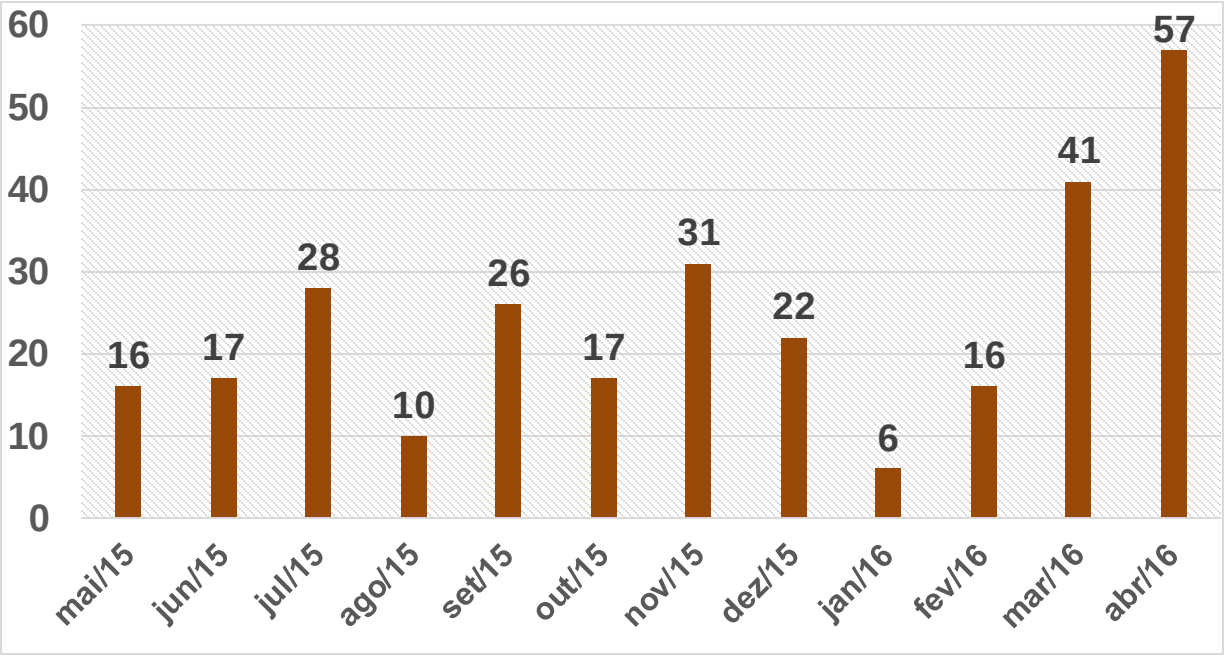
| Seção ou Subseção | Processos finalísticos desenvolvidos | Qtd. últimos 12 meses |
|---|---|---|
| SEAUD | Marcação de pericias previas | 287 |
| | Cirurgias sem OPME liberadas | 1328 |
| SECRETARIA | Procedimentos de Imagem Liberados | 3646 |
| | Procedimentos oncológicos | 628 |
| SUAUD | Auditoria emergência - valor em reais | 6.314.513 |
| | Auditoria eletivos - valor em reais | 27.577.087 |
| OPME | Procedimentos com OPMES - valor em reais | 4.622.738,54 |

Fonte: SEAUD, 2016.

Conforme se extrai na tabela supramencionada, de maio de 2015 a abril de 2016, foram marcadas 287 (duzentos e oitenta e sete) perícias prévias; foram liberadas 1328 (mil trezentos e vinte e oito) cirurgias sem OPME. Observe que no período em epígrafe os procedimentos de emergência realizados corresponderam ao valor de R$ 6.314.513,00 (seis milhões, trezentos e quatorze mil, quinhentos e treze reais). Os procedimentos eletivos em 12 meses corresponderam ao valor de R$ 27.577.087,00 (vinte e sete milhões, quinhentos e setenta e sete mil e oitenta e sete reais); já os procedimentos com OPME's corresponderam a R$ 4.622.738,54 (quatro milhões, seiscentos e vinte e dois mil, setecentos e trinta e oito reais e cinquenta e quatro centavos).

**Figura 15 – Marcação de perícias prévias de maio de 2015 a abril de 2016**

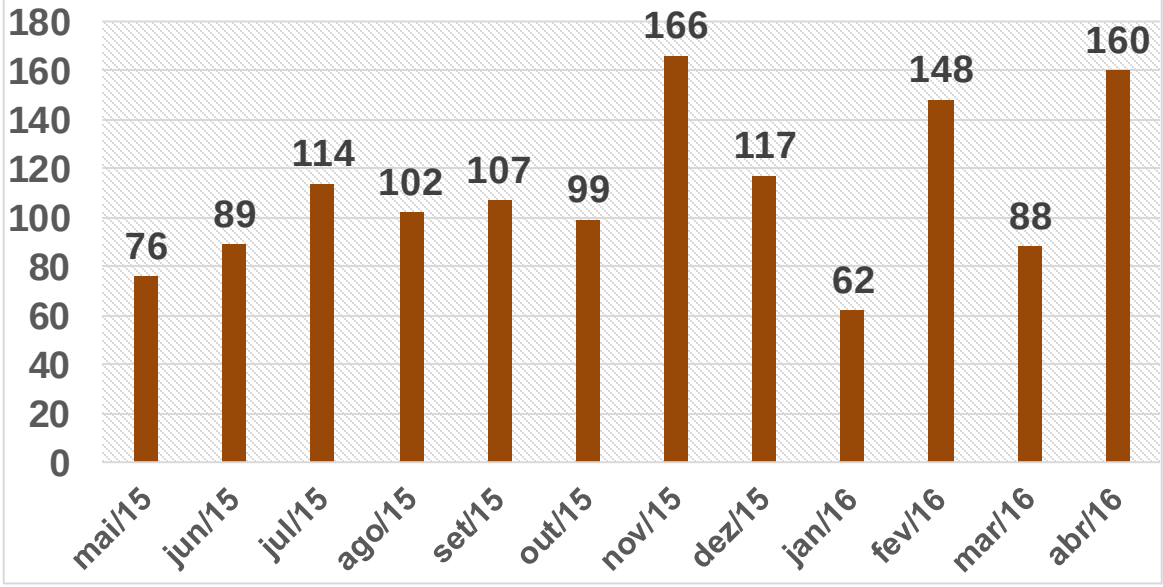
| SETOR | PROCESSO FINALÍSTICO DE DESTAQUE | TOTAL GERAL |
|---|---|---|
| SEAUD | Marcação de pericias previas | 287 |




Fonte: SEAUD, 2016.

**Figura 16 – Liberação de cirurgias sem OPME**

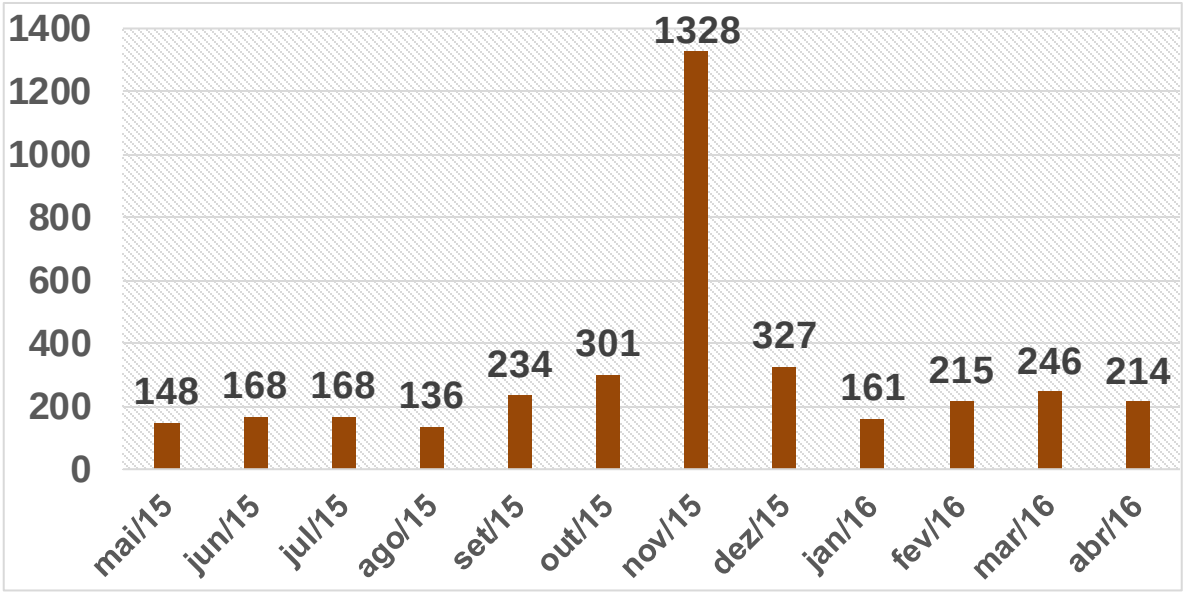
| SETOR | PROCESSO FINALÍSTICO DE DESTAQUE | TOTAL GERAL |
|---|---|---|
| SEAUD | Cirurgias sem OPME liberadas | 1328 |




Fonte: SEAUD, 2016.

**Figura 17 – Procedimentos de Imagem liberados**

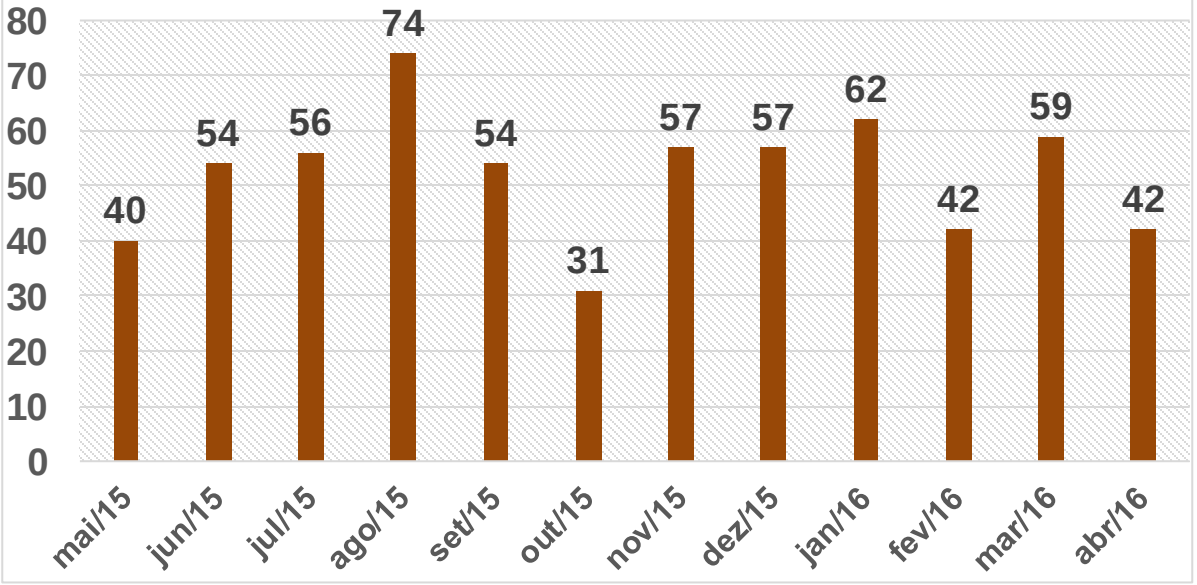
| SETOR | PROCESSO FINALÍSTICO DE DESTAQUE | TOTAL GERAL |
|---|---|---|
| SECRET | Procedimentos de Imagem Liberados | 3646 |




Fonte: SEAUD, 2016.

**Figura 18 – Procedimentos oncológicos liberados**

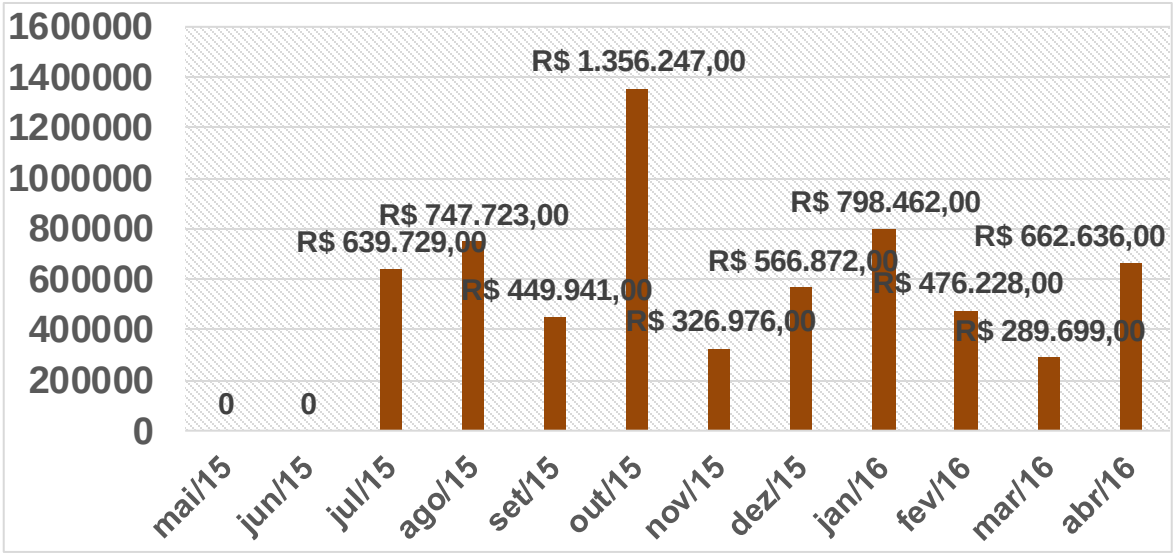
| SETOR | PROCESSO FINALÍSTICO DE DESTAQUE | TOTAL GERAL |
|---|---|---|
| SECRET | Procedimentos oncológicos - quantidade | 628 |




Fonte: SEAUD, 2016.

**Figura 19 – Auditorias de emergência**

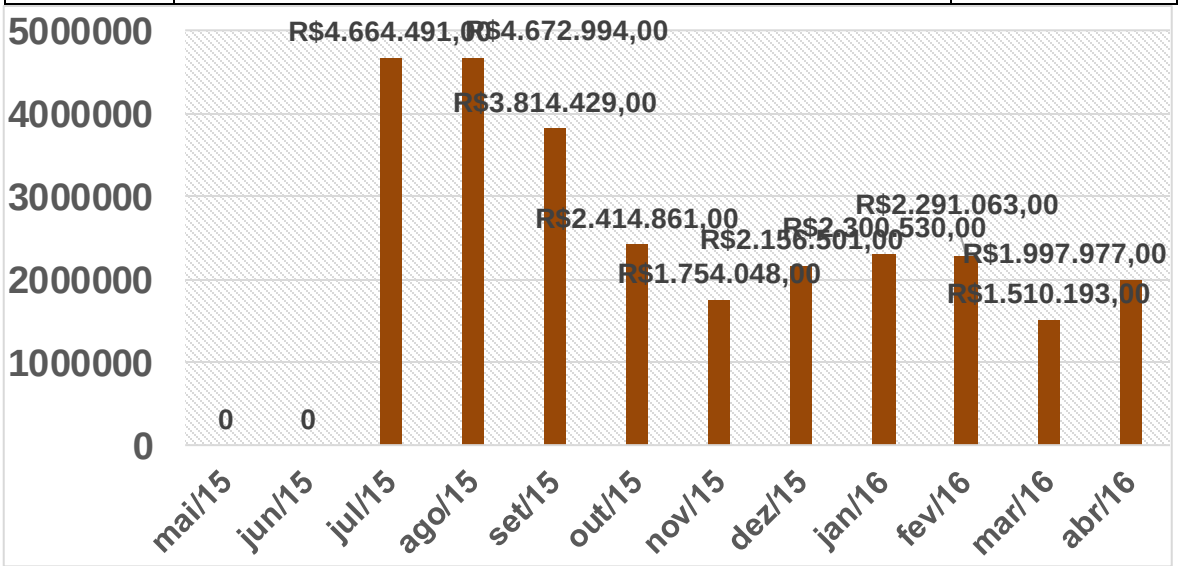
| SETOR | PROCESSO FINALÍSTICO DE DESTAQUE | TOTAL GERAL |
|---|---|---|
| SUAUD | Auditoria emergência – valor de procedimentos em reais | 6.314.513 |




Fonte: SEAUD, 2016.

**Figura 20 – Auditoria de eletivos**

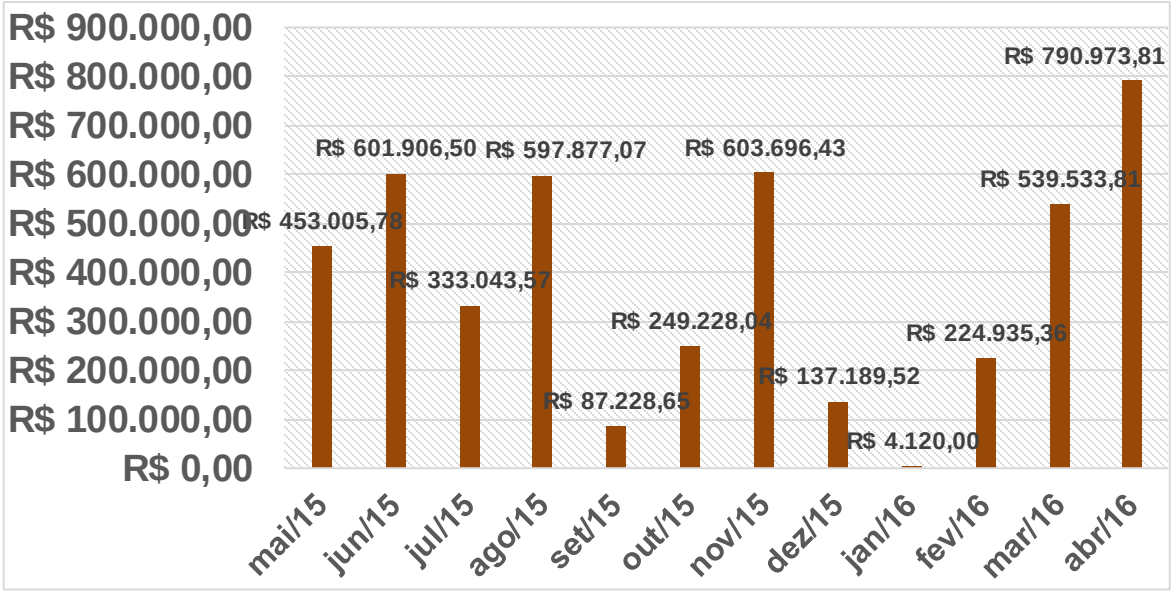
| Setor | Processo finalístico de destaque | Total Geral |
|---|---|---|
| SUAUD | Auditoria eletivos - valor de procedimentos | 27.577.087 |




Fonte: SEAUD, 2016.

**Figura 21 – Procedimentos com OPME's**

| Setor | Processo finalístico de destaque | Total Geral |
|---|---|---|
| OPME | Procedimentos com OPMES - valor em reais | 4.622.738,54 |




Fonte: SEAUD, 2016.

## 3.9. Definição do alto custo e os critérios para sua identificação

Segundo o Chefe da SEAUD, todos os tratamentos médicos, aquisições, exames ou prestações de serviço, em valores unitários acima de R$ 500 (quinhentos) reais podem ser avaliados como de alto custo. Trata-se de uma concepção ampla para fins de processamento dos pedidos médicos frente à Diretoria de Saúde do CBMDF. No entanto, pode-se destacar que os maiores custos estão nos seguintes:

- OPME's (15 a 20%) do custo;
- UTI;
- Procedimentos cirúrgicos;
- Medicações e procedimentos de alto custo;
- Tecnologia .[49]

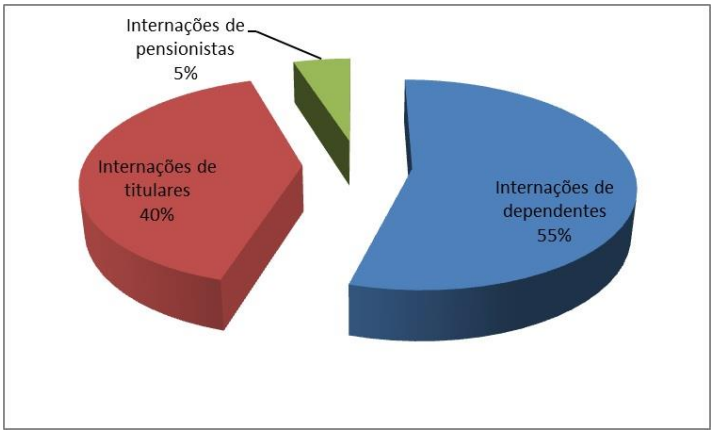
[49] CBMDF, SEAUD, 2016

Segundo a documentação contida na SEAUD, na parte de estatísticas, as neurocirurgias, as cirurgias ortopédicas e as cardiológicas são as que mais consomem os recursos destinados aos tratamentos de alto custo.[50]

Em 2014, por exemplo, para a realização de cirurgias buco-maxilo, houve a solicitação de um valor total de R$ 432.465, 00 (quatrocentos e trinta e dois mil quatrocentos e sessenta e cinco reais), no entanto, a Auditoria com todo o conhecimento técnico e pautada pela qualidade dos serviços a serem prestados, reconheceu a necessidade da efetivação de somente R$ 87.520,00 (oitenta e sete mil, quinhentos e vinte reais), restando uma economia de R$ 344.945,00 (trezentos e quarenta e quatro mil, novecentos e quarenta e cinco reais) para os cofres públicos.[51]

Quanto ás estatísticas das OPME's, no ano de 2015, até o mês de abril, foram liberadas 130 (cento e trinta) cirurgias eletivas, 07 (sete) emergenciais. O valor total cotado consistiu em R$ 2.377.113,79 (dois milhões, trezentos e setenta e sete mil, cento e treze reais e setenta e nove centavos). Contudo, o valor total autorizado foi de R$ 1.775.110,35 (um milhão, setecentos e setenta e cinco mil, cento e dez reais e trinta e cinco centavos), restando um valor negado de R$ 602.003,44 (seiscentos e dois mil, três reais e quarenta e quatro centavos), correspondendo a uma negativa de 25,32% ao valor inicialmente cotado. No tocante às estatísticas de emergências em 2015, observa-se o seguinte:

**Figura 22 – Estatísticas de emergências em 2015**




Fonte: SEAUD, 2016.

[50] CBMDF, ESTATÍSTICAS SEAUD, 2016
[51] CBMDF, ESTATÍSTICAS SEAUD, 2016

Assim, a maior parte das internações de 2015 foram usufruídas por dependentes de militares, correspondendo a 55% do total; 40% delas pelos titulares, ou seja, usufruídos pelos militares que estão nas fileiras do CBMDF e outros 5% das internações por pensionistas.

No que se refere às estatísticas de exames de imagem no ano de 2015, a maior parte dos procedimentos desta natureza consistiram em Ressonâncias Magnéticas, as quais constituem um dos exames mais caros de imagem oferecidos pela Diretoria de Saúde.

**Figura 23 – Quantitativo de exames**

| ITEM | PROCEDIMENTO | JAN | FEV | MAR | ABR |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | RNM | 142 | 178 | 200 | 98 |
| 2 | CT | 35 | 44 | 39 | 51 |
| 3 | OFT | 69 | 81 | 66 | 0 |
| 4 | CARDIO | 4 | 22 | 22 | 13 |
| 5 | OUTROS | 8 | 8 | 11 | 15 |
| | | | | | |
| | MENSAL | 258 | 333 | 338 | 177 |

Fonte: SEAUD, 2016.

### 3.10. Da Natureza Jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF: Autogestão.

É importante salientar a caracterização de um Plano de Saúde de Autogestão, segundo a visão do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012. Isto porque o Sistema de Saúde do CBMDF pode ser caracterizado como um plano de autogestão, sujeito aos ditames da ANS segundo a Lei 9.656/2000, mas que, excepcionalmente, não se vincula ao Plano-Referência da ANS, segundo o mesmo dispositivo normativo, conforme se verá adiante. Para a análise da natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF foram estudadas leis combinadas com decisões judiciais.

Nesse sentido, inicialmente, é mister denotar que o Código de Defesa do Consumidor se aplica perfeitamente às relações jurídicas de saúde envolvendo a

Administração e os usuários do sistema de saúde do CBMDF, isto porque há entendimento pacífico no STJ de que a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, independentemente da natureza jurídica da entidade prestadora dos serviços.[52] No entanto, a jurisprudência coloca que, nos planos de autogestão, eventuais faltas de coberturas de eventos ou mesmo o não ressarcimento não ferem o CDC, conforme se verá no presente capítulo.

Segundo o Ministro Massami Uyeda (2012), no contexto dos planos de saúde, existe uma categoria específica, a qual pode ser chamada de planos de autogestão ou planos fechados, em que não há a presença de comercialização de produtos e a instituição não visa lucros. “São planos criados por instituições diversas, governos municipais ou estaduais e empresas, sendo que algumas caixas de assistência existem há décadas e, portanto, anteriores à Lei 9.656/98.[53]” O objetivo dos planos fechados é baratear o custo, uma vez que não visam ao lucro e evitam o custo da intermediação.

É bem verdade que o Sistema de Saúde do CBMDF assemelha-se a um plano fechado, voltado para os militares ativos, inativos, dependentes e pensionistas[54], em que não há a presença de comercialização de produtos e que não visa ao lucro, por estar atrelado ao interesse público. Seguem-se os ditames da Lei nº 8.666/91 e tal plano é bem anterior à Lei 9.656/98[55]. Nesse sentido, pode-se afirmar que o Sistema de Saúde do CBMDF está se adequando perfeitamente à caracterização observada no julgamento do Recurso Especial em comento.

Ademais, a participação nos Planos de Autogestão, por serem fechados, ocorrem quando o indivíduo passa a fazer parte do quadro de funcionários da empresa que instituiu o plano[56]. Nesse sentido, o ingresso ao Sistema de Saúde dos usuários do CBMDF dá-se a partir da incorporação dos militares que prestaram concurso público e na declaração dos dependentes[57], tornando-se o militar um

---

[52] APL 4059274 PE, 3ª Câmara Cível, Ministro Francisco Eduardo Gonçalves Sertorio Canto. DJE 15/03/2016

[53] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012.

[54] BRASIL, **LEI Nº 10.486, DE 4 DE JULHO DE 2002.**

[55] BRASIL. **Lei nº 6.333**,1976

[56] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012.

[57] BRASIL, Decreto nº 26.876-2006, art. 31

associado passível de exercer funções dentro da estrutura administrativa do sistema de saúde.

> É comum, nesse tipo de plano, como é o caso do plano de saúde aqui do Superior Tribunal de Justiça, a existência de regras restritivas na cobertura dos eventos, havendo a exigência de participação financeira do usuário em parte do custo dos eventos. Alguns eventos não são cobertos pelo plano e o ressarcimento é mínimo ou inexistente. Isso faz parte do regulamento com vista à manutenção de um custo mensal menor e o equilíbrio atuarial do plano.[58]

É comum, na autogestão, que alguns eventos não sejam cobertos pelo plano ou mesmo não haja ressarcimento. Isso ocorre em virtude da necessidade do equilíbrio atuarial do plano. Ademais, nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes[59], pois quem tem um salário maior, contribui com mais para o todo e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

No CBMDF, os militares ou pensionistas tem descontada mensalmente uma contribuição para o Fundo de Saúde, além das quantias fixadas para cada dependente, devidamente escalonadas segundo os graus hierárquicos dentro da Corporação.[60] É importante salientar que as contribuições mensais descontadas no contracheque dos militares são muito inferiores ao valor de mercado cobrado por um Plano de Saúde Privado. Assim, parece ser mais favorável ao militar utilizar o Sistema de Saúde da Corporação, considerando a previsão legal de contribuição mensal de apenas 3% do soldo, mantendo os seus dependentes, conforme os valores abaixo inframencionados.

> Art. 2º - O militar ou pensionista terá descontada mensalmente em sua remuneração, seus proventos, ou na cota-tronco da pensão militar, como contribuição para o Fundo de Saúde, além do percentual fixado no § 1º, do Art. 33, da Lei nº 10.486, de 04 jul. 2002, a quantia abaixo discriminada para cada dependente:
> I - R$ 12,00 (doze reais) para Oficiais Superiores;
> II - R$ 10,00 (dez reais) para Oficiais Intermediários e Subalternos;
> III - R$ 8,00 (oito reais) para Subtenentes e Sargentos;
> IV- R$ 6,00 (seis reais) para Cadetes do último ano, Cabos e Soldados de 1ª Classe
> V - R$ 4,00 (quatro reais) para Cadetes dos 1º e 2º anos e Soldados de 2ª Classe.

---

[58] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012.
[59] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012.
[60] CBMDF, Portaria nº 48, Boletim Geral n.º 170, de 10 set. 2002.

> Parágrafo único.: Para pensionista, a quantia aplicada será correspondente ao grau hierárquico do instituidor da pensão militar, conforme os incisos deste artigo. (...) (CBMDF, Portaria nº 48, Boletim Geral n.º 170, de 10 set. 2002.)

É cediço que o art. 51 do Código de Defesa do Consumidor, como no caso tratado em sede de recurso especial, determina a nulidade de cláusulas contratuais abusivas, isto é, aquelas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada. No entanto, merece destaque o posicionamento do Excelentíssimo Ministro Uyeda quando assevera que, no caso do plano de saúde fechado e administrado paritariamente ou de autogestão e sem fins lucrativos, "os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser observadas como cláusulas contratuais abusivas[61]".

> A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. **O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição.[62]** (grifo nosso)

Por fim, ressalta-se que não há desequilíbrio contratual ou abusividade na resolução que limita ou restringe a cobertura ou o ressarcimento de eventos, pois não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor, em especial os do art. 51. Ademais, a própria Lei dos planos e seguros de assistência à saúde dá tratamento diferenciado a esses planos (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º), demonstrando que não há abusividade em resolução ou norma de plano de saúde de autogestão que impõe restrições à cobertura ou o ressarcimento de eventos, in verbis[63]:

> Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (...) **§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade**

[61] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012
[62] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012
[63] REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012

> **a que se refere o § 2o deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos**. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) ***(grifo nosso).***

### 3.10.1. Implicações Jurídicas à obrigatoriedade do fornecimento de tratamentos médicos de alto custo: o Plano-Referência da ANS

O questionamento sobre a adesão ao Plano-Referência da ANS representa elemento importante para o presente estudo. Para responder a esta dúvida, serão analisados dois acórdãos que, por sinal, se contradizem. O primeiro ressalta que órgãos de autogestão, como PMDF e CBMDF prescindem da obediência ao rol mínimo da ANS; já no segundo acórdão, o juiz dá provimento a uma demanda de saúde consubstanciando sua decisão na obediência ao rol mínimo da ANS. Isso revela que os juízes desconhecem a natureza jurídica do sistema de saúde das Corporações militares supramencionadas e, muitas vezes, concedem demandas de saúde comparando-os a planos de saúde privados.

> E M E N T A
> CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA DE OSTEOMIELITE COM TRANSPORTE ÓSSEO. INDICAÇÃO MÉDICA. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA.
> 1. Sendo o procedimento cirúrgico de osteomielite com transporte ósseo recomendado por profissional médico habilitado, especialista em ortopedia e traumatologia, não pode a operadora de plano de saúde recusar o tratamento na forma indicada.
> 2. À operadora de planos de saúde incumbe proporcionar ao consumidor, parte mais frágil e vulnerável da relação contratual, o adequado tratamento necessário à cura de sua enfermidade, sendo injustificável a recusa no custeio de procedimento cirúrgico indicado por médico especializado.
> 3. Recurso provido. (TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014)

Trata-se de APELAÇÃO contra a sentença proferida pelo Juízo da 1ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal que, na AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER proposta em desfavor do DISTRITO FEDERAL, julgou improcedente o pedido de custeio de cirurgia na forma prescrita por seu médico.[64]

No caso em comento, dependente de policial militar necessitava de cirurgia de osteomielite com transporte ósseo, padecendo de osteomielite crônica; ademais, o médico solicitou o aparelho Orthofix LRS, julgando imprescindível para a realização do procedimento cirúrgico. Em sede de contrarrazões aduz o apelado em

[64] TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014

síntese: que não houve recusa quanto ao procedimento médico solicitado, mas impasse quanto aos valores apresentados, dada a diferença de R$ 52.400,00 entre o orçamento apresentado pelo apelante e o orçamento indicado pela Polícia Militar do Distrito Federal; que a corporação adota, para fins de custeio de tratamento médico, as Tabelas da Associação Médica (AMB), entre outras.[65]

Embora o apelante tivesse seu recurso provido, considerando o que consta no Código de Defesa do Consumidor[66], o Desembargador Relator do caso negou provimento com base em um argumento interessante. É mister assinalar que, dentro da especialidade do sistema medico-hospitalar da PMDF "avulta a relevância do regulamento próprio que está calcado, sobretudo, no equilíbrio financeiro indissociável do seu caráter contributivo e sem finalidade lucrativa." (TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014).

Nesse sentido, sistemas de saúde como na PMDF e no CBMDF podem ser equiparados aos planos de autogestão pois tais somente podem sobreviver ante a permanente vigilância entre as receitas e as despesas. "É exatamente essa característica peculiar que desqualifica o argumento de que restrições e limitações sejam abusivas e contrastantes com a legislação da defesa do consumidor. A propósito, decidiu o STJ" (TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014):

> RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO - NORMA OU RESOLUÇÃO RESTRITIVA DE COBERTURA OU RESSARCIMENTO DE EVENTOS - POSSIBILIDADE E NÃO-ABUSIVIDADE - RECURSO ESPECIAL PROVIDO. I - Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e no seu conselho deliberativo ou de administração há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação.II - Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente. III - A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A

---

[65] TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014

[66] [66](iv) que são aplicadas à espécie as normas do Código de Defesa do Consumidor, devendo as cláusulas contratuais, em caso de dúvida, ser interpretadas da forma mais favorável ao segurado, nos termos do artigo 47; (v) que não se trata de mera cirurgia estética, mas de cirurgia reparadora. (TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014)

> relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º). IV - O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e respeitam as normas do plano, arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora. V - Portanto, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor. VI - Recurso especial provido.(REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012).

O Desembargador James Eduardo Oliveira (relator), assevera que “os planos de autogestão estão dispensados de oferecer plano-referência, na esteira do que dispõe o artigo 10, §§ 2º e 3º, da Lei 9.656/98, de maneira que seus regulamentos próprios estão autorizados a dispor sobre as coberturas e seus limites.” (TJDFT, APC 2012 01 1 183498-5, 2014), negando provimento ao recurso interposto pelo Apelante.

Por outro lado, o 2º caso trata de paciente que necessita de terapia antiangiogênica intravítrea com lucentis no olho, com risco de cegueira total caso não fosse concedido o tratamento. Tratava-se de tratamento de cobertura obrigatória segundo o rol da ANS e, dessa maneira, o Tribunal assentou provimento ao recurso.

> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE DA PMDF. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. REALIZAÇÃO DE TERAPIA ANTIANGIOGÊNICA INTRAVÍTREA COM LUCENTIS NO OLHO. PERIGO DE DANO IRREPARÁVEL OU DE DIFÍCIL REPARAÇÃO. CEGUEIRA TOTAL. RECURSO PROVIDO.
> 1. Agravo de instrumento interposto contra decisão que indeferiu o pedido de antecipação da tutela consistente em compelir o DF a custear aplicações cirúrgicas nos olhos do recorrente.
> 2. A antecipação da tutela depende de requisitos - prova inequívoca e verossimilhança da alegação –, que devem estar condicionados a fundado receio, de dano irreparável ou de difícil reparação, ou ao abuso de direito de defesa ou manifesto propósito protelatório do réu. 2.1. Prova inequívoca da verossimilhança equivale à eminentemente documental, que possibilita uma análise, de cognição sumária, isto é, não definitiva, quanto à probabilidade de êxito da tese autoral. Demonstrado o “fumus boni iuris”(fumaça do bom direito), também deve haver receio de dano irreparável ou de difícil reparação, quer dizer, o“periculum in mora” (perigo da demora), cabendo à parte provar que a demora na tutela jurisdicional é suscetível de causar-lhe dano irreparável ou de difícil reparação.

> 3. Há verossimilhança no pedido de antecipação da tutela, na medida em que o procedimento indicado pelo médico encontra amparo nas regras elaboradas pela Agência Nacional de Saúde. 3.1. Isto é, a neovascularização de coróide, apresentada pelo agravante, é uma forma neovascular da Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI), cujo tratamento com antiangiogênico, segundo a Resolução Normativa 338/2013, é de "Cobertura obrigatória".
> 4. Também demonstrado o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, já que os laudos médicos demonstram que o quadro clínico do paciente pode evoluir até a cegueira total, o que implica na realização da aplicação cirúrgica com extrema urgência.
> 5. Agravo provido. (TJDFT, AGI 20150020152464, 2015)

Nesse sentido, observa-se um impasse jurídico acerca da natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF e PMDF. Isto porque alguns magistrados julgam os casos observando a aplicabilidade de uma relação consumeirista (com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor) como se fosse um plano de saúde privado e por outro lado, outros magistrados consideram que a natureza jurídica do sistema de saúde consiste em autogestão, com foco no equilíbrio econômico-financeiro da Instituição e tais planos não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor e não necessitam seguir obrigatoriamente ao rol mínimo da ANS.

Isto posto, conforme observado e discutido no tópico 2.6, defende-se que o Sistema de Saúde do CBMDF consiste em um plano de autogestão e, dessa forma, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor e os planos de autogestão estão dispensados de oferecer plano-referência, na esteira do que dispõe o artigo 10, §§ 2º e 3º, da Lei 9.656/98.

As implicações decorrentes da não obrigatoriedade de o Sistema de Saúde do CBMDF em seguir ao rol mínimo da ANS significa que o Diretor de Saúde poderá, com vistas ao equilíbrio econômico financeiro das contas da DISAU, estabelecer políticas públicas internas, selecionando os riscos mais importantes e satisfazendo aos anseios da coletividade sem estar vinculado ao Plano-Referência. Nesse sentido, na falta de orçamento, o ultimato dar-se-á na feitura de escolhas trágicas, satisfazendo às necessidades mais importantes dos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF.

Dessarte, como o Sistema de Saúde consiste em um plano de autogestão, as escolhas feitas pelo Diretor de Saúde, isto é, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos não violarão aos princípios do Código de Defesa do Consumidor, segundo jurisprudência assentada no STJ e no TJDFT.

Mostram-se bastantes pertinentes tais argumentos no sentido de oferecer uma resposta da Administração ao usuário do Sistema de Saúde da Corporação frente às possíveis negativas da Administração quanto ao caso concreto. Observe-se que juntamente com a negativa de determinado tratamento de saúde, é mister salientar que existe uma grande probabilidade que o caso seja levado à via judicial. Assim, considerando o exposto no presente estudo, o gestor de saúde terá subsídio legal e jurisprudencial para responder diante da judicialização da saúde envolvendo os usuários do Sistema de Saúde da Instituição.

Ademais, outro mecanismo para a negativa da Administração frente a tratamento de alto custo consiste na aplicação da Medicina Baseada em Evidências. Caso o médico assistente não comprove a importância da concessão de determinado tratamento médico, permeando-se na classificação do nível de evidência, o gestor público terá subsídio técnico para negar determinado tratamento de saúde que não detenha um nível razoável de evidência. O caso M.G.E, que será tratado posteriormente, é bastante interessante nesse aspecto.

Portanto, perante todo o exposto, merecem destaque alguns argumentos que pautarão a Administração frente aos casos de judicialização da saúde envolvendo tratamentos médicos de alto custo:

I - o Sistema de Saúde do CBMDF consiste em um plano de autogestão e, dessa forma, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor, segundo entendimento assentado no REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012; e os planos de autogestão estão dispensados de oferecer plano-referência, na esteira do que dispõe o artigo 10, §§ 2º e 3º, da Lei 9.656/98;

II – a Corporação já aplica a Medicina Baseada em Evidências através da Auditoria no tocante aos tratamentos de alto custo, dessa forma no caso de judicialização da saúde, poderá ser aventada a importância da aplicabilidade pelo

juiz dos Direitos Baseados em Evidências aos casos concretos. Assim, casos relacionados ao nível mínimo de evidência, ou mesmo sem comprovação científica de adequação poderão não ser contemplados na via administrativa;

III - o Diretor de Saúde poderá, com vistas ao equilíbrio econômico financeiro das contas da DISAU, estabelecer políticas públicas internas, selecionando os riscos mais importantes e satisfazendo aos anseios da coletividade sem estar vinculado ao Plano-Referência, conforme o que consta no REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012.

IV – para os casos de judicialização da saúde, poderá ser aventada a importância da Recomendação nº 31 do CNJ, a qual estimulou que os magistrados:

> **I – procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;**
> II – evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
> **III – ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; (...)**[67]***(grifo nosso)***

Assim, o gestor público poderá levantar a possibilidade de ser ouvido antes que o Poder Judiciário aprecie medidas de urgência na via judicial.

## 4. Judicialização da saúde no Brasil

Pode-se afirmar inicialmente que saúde e o direito são campos bastante politizados no Brasil, considerando-se a consolidação do direito à saúde após a Constituição de 1988, a partir de amplos debates com grupos de pressão, sociedade civil e Estado.[68]

> A progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram na década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação. A judicialização do

[67] CNJ, 2015
[68] CNJ, 2015

> direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. (CNJ, 2015)

A progressiva constitucionalização dos direitos fundamentais permitiu que os direitos fossem cada vez mais ponderados, gerando na sociedade uma consciência maior de judicialização. Nesse sentido, existe uma intensificação no número de ações judiciais que versam sobre a promoção da saúde, nas quais busca-se a efetivação de direitos fundamentais. "O resultado desse processo é a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste poder no cotidiano da gestão da saúde." (CNJ, 2015)

Segundo estudo do CNJ (2015), cada vez mais o Poder Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, contudo, em regra, as decisões judiciais "não tinham uma sólida padronização dos limites da decisão judicial ou não traziam uma discussão mais aprofundada sobre as questões específicas de saúde"[69]. Assim, os magistrados respondiam a demanda de maneira "solitária" aos casos concretos. O resultado disto foi uma ampliação dos serviços de saúde concedidos pela via judicial. Contudo, "nos últimos anos, o Judiciário buscou se debruçar de forma mais sistemática sobre o ato de julgar em saúde e tem buscado fazer que este ato não seja necessariamente uma decisão solitária."[70]

Nesse sentido, o CNJ tem buscado junto a sistemática atuação do judiciário o estabelecimento de uma política judiciária de saúde. Essa política envolve a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde; a criação de Comitês Estaduais de Saúde; e recomendações para que os juízes tenham parâmetros para decidir as demandas em saúde que lhe são apresentadas.

> As estratégias oriundas dessa política judiciária envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas. Desde então, em meio a avanços e desafios, o CNJ tem estimulado, discutido, desenvolvido e implementado diversas ações e estratégias que visam, em alguma medida, oferecer parâmetros e diretrizes para a atuação judicial em saúde. No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem recebido um debate cada vez mais público e em diversos espaços. Especialmente com o fomento do CNJ, tem sido analisada e desenhada uma política judiciária da saúde, que envolve não

[69] CNJ, 2015
[70] idem

> somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas. (CNJ, 2015)

Assim, o fomento do CNJ conduz a um desenho de política judiciária de saúde, envolvendo a atuação tanto de instituições jurídicas, quando de instituições políticas, administrativas e participativas. Para tanto, em 2010, o CNJ publicou a Recomendação nº 31, que teve o objetivo de "orientar os tribunais na adoção de medidas que subsidiem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas envolvendo a assistência à saúde pública."[71] A exposição de motivos da Recomendação em epígrafe continha as seguintes razões para sua aprovação e publicação:

> (...) o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Judiciário e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais;
>
> carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;
>
> os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei n. 6.360/1976 c/c a Lei n. 9.782/1999, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;
>
> *2.* **As reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde**.[72] ***(grifo nosso)***

O CNJ, na exposição de motivos da Recomendação nº 31, já fez constar o que a Administração Pública sofre quando do provimento de uma decisão judicial "solitária". Nesse sentido, destaca-se a importância de que os gestores públicos da saúde sejam ouvidos antes dos provimentos judiciais relacionados a medidas de urgência, tendo em vista as políticas públicas existentes para a promoção da saúde.

Ademais, o CNJ estimulou que os magistrados:

> **I. procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;**

---

[71] ibidem

[72] CNJ, 2015

> II. evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
> **III. ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;**
> IV. incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, além de incorporar o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;
> V. promovam visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). [73] ***(grifo nosso)***

Mais uma vez, o CNJ suscita um provimento judicial de saúde mais técnico, com decisões judiciais robustecidas de informações inerentes ao caso concreto, ao quadro de saúde da pessoa, bem como da oitiva ao gestor público, antes da apreciação de medidas de urgência.

Ainda em 2010, o CNJ publicou a Resolução nº 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário (FNJ) "para monitoramento e resolução de demandas de assistência à saúde"[74], elaborando estudos e propondo medidas concretas para o aperfeiçoamento, reforço e efetividade dos processos judiciais e refletindo sobre a prevenção de novos conflitos em matéria de saúde.

Em 2011, o CNJ publicou a Recomendação nº 36, inspirada na Recomendação nº 31, que trouxe regramentos específicos para o julgamento de demandas envolvendo a saúde suplementar[75]. Considerando os casos em que um dos polos da relação processual consiste no plano de saúde, o CNJ recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

> **RESOLVE:**
> I – Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que:
> **a) celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico,** sem ônus para os Tribunais, composto por médicos e farmacêuticos, indicados pelos Comitês Executivos Estaduais, **para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais**;
> b) facultem às operadoras interessadas o cadastramento de endereços para

[73] CNJ, 2015
[74] CNJ, 2015
[75] idem

> correspondência eletrônica junto às Comarcas, Seções e Subseções Judiciárias, com vistas a facilitar a comunicação imediata com os magistrados, e, assim**, fortalecer a mediação e possibilitar a autorização do procedimento pretendido ou a solução amigável da lide, independentemente do curso legal e regular do processo**; c) orientem os magistrados vinculados, por meio de suas corregedorias, a fim de que oficiem, quando cabível e possível, à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Conselho Federal de Medicina (CFM), ao Conselho Federal de Odontologia (CFO), para se manifestarem acerca da matéria debatida dentro das atribuições de cada órgão, específica e respectivamente sobre obrigações regulamentares das operadoras, medicamentos, materiais, órteses, próteses e tratamentos experimentais.
> II – Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM) e às Escolas de Magistratura Estaduais e Federais que promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do Ministério Público e operadoras, a fim de propiciar maior entrosamento sobre a matéria.
> III – Recomendar aos Comitês Executivos Estaduais que incluam, dentre os seus membros, um representante de planos de saúde suplementar, no intuito de fomentar o debate com as operadoras, diante dos dados constantes em seus arquivos.
> Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais. Ministro Cesar Peluso. Presidente do Conselho Nacional de Justiça. (CNJ, **Recomendação nº 36,** 2011) ***(grifo nosso)***

Assim, a Recomendação supramencionada ressalta a necessidade da celebração de Convênios entre os Tribunais e um corpo de médicos e farmacêuticos, indicados pelos Comitês Executivos Estaduais, para disponibilizar um apoio técnico, auxiliando os juízes na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes. Ademais, com essa medida, o CNJ busca, através do meio eletrônico, fortalecer a comunicação e a mediação entre as partes.

## 4.1. Considerações sobres os perfis analisados de saúde pública e saúde suplementar

No tocante às diferenças entre os perfis e as características dos processos analisados de saúde pública e de saúde suplementar, partindo da metodologia da análise de decisões judicias de 6 tribunais de estados brasileiros, o CNJ chegou a algumas características em comum entre elas (saúdes pública e suplementar):

I. **“Foco curativo das demandas:** as demandas apresentadas versam de forma predominante sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos,

tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.)". [76]

II. **"Predominância da litigação individual:** a proporção entre ações coletivas e ações individuais é ainda grande, de modo que a maioria esmagadora de demandas judiciais de saúde versem sobre ações individuais."[77]

III. **"Tendência de deferimento final e na antecipação de tutela:** na maioria dos casos, houve deferimento do pedido de antecipação de tutela sem pedido de informações complementares."[78]

> IV. **"Pouca menção à Audiência Pública do STF[79]:** a maioria das decisões não citou ou tomou como referência a Audiência Pública que o STF realizou em 2009 a respeito da judicialização da saúde, tampouco adotou quaisquer posições que estiveram presentes nesta audiência."
>
> V. **Pouca menção ao CNJ:** a maioria das decisões não citou ou tomou como referência as contribuições do CNJ sobre o tema, especialmente as Recomendações n. 31 e n. 36, que sugerem estratégias de como os juízes devem lidar com a judicialização da saúde pública e suplementar na atividade judicante.
>
> VI. **Pouca menção ao Fórum Nacional e aos Comitês estaduais**: a maioria das decisões não citou ou tomou como referência as contribuições do Fórum Nacional de Saúde e dos Comitês estaduais na atividade judicante.
>
> VII. **Tendência de utilização do NAT[80] (Núcleo de Assessoramento Técnico a juízes), especialmente nas capitais:** a maioria das decisões não fez menção ao NAT como uma estratégia para a atividade judicante em saúde, apesar de se observar nos dados uma tendência a sua utilização, especialmente nas capitais.[81]

---

[76] (CNJ, 2015)

[77] (CNJ, 2015)

[78] (CNJ, 2015)

[79] A Audiência Pública, convocada pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Ministro Gilmar Mendes, ouviu 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde, nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009.(STF, Audiência Pública, 2009)

"**A Audiência objetiva esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas envolvidas nas decisões judiciais sobre saúde (...). O fato é que a judicialização do direito à saúde ganhou tamanha importância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania e para a realização do direito social à saúde, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas**, que se vêem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área da saúde e além das possibilidades orçamentárias. (...)" (MINISTRO GILMAR MENDES) **(Grifo nosso)**

[80] Criado em 2011, o NAT existe para assessorar os magistrados nas demandas que tenham por objeto compelir o Poder Público ao fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, exames diagnósticos, tratamentos médicos e insumos nutricionais. (CNJ, 2015)

[81] CNJ, 2015

## 4.2. O judiciário acolhe as demandas dos cidadãos em matéria de saúde? Uma análise extraída de entrevistas feitas pelo CNJ

Segundo CNJ (2015), quando perguntado se o Judiciário acolhe as demandas dos cidadãos em matéria de saúde, os atores jurídicos e políticos apresentaram opiniões distintas.

> **Bom, o Judiciário tem sido cada vez mais criterioso**. **Até 2008, quase tudo ele atendia. Depois eu comecei a ver um endurecimento.** A gente vê hoje demandas por cirurgias eletivas que hoje eu tenho quatro magistrados que negam e quatro magistrados que concedem dos oito magistrados. Medicamento não padronizado nenhum juiz rejeita**. Quando tem urgência ou risco de morte é quase avassaladora a quantidade de deferimentos em relação a indeferimentos**, mas quando não tem urgência e o juiz tem mais condição de avaliar o caso, o judiciário tem sido muito criterioso. Quando eu digo criterioso é um elogio, ele tem rejeitado coisas que tem fundamento para serem rejeitadas e acolhendo o que tem melhor fundamento. **Por outro lado, eu tenho percebido nos últimos dois anos uma tendência do Judiciário a querer negar tudo. Tem alguns juízes que negam tudo, até cirurgia de câncer**. Eu não sei se está acontecendo uma saturação do Judiciário, e é normal ter uma justiça defensiva. O judiciário quando começa a receber muita demanda ele começa a fechar as comportas e tenta diminuir essa demanda. Muitas vezes, a forma de diminuir a demanda é começar a rejeitar [...] A gente está indo para esse caminho**. Antes ganhava quase tudo, agora estamos na fase da estabilização e cada vez mais os gestores do SUS vão ter mais proteção das ordens judiciais**. Isso não ocorre porque a defesa deles melhorou, não porque eles estão mais ágeis, mas porque os juízes estão se cansando do tema eu acho. Alguns estão conhecendo e estão sendo mais criteriosos, mas alguns estão se cansando do tema mesmo, começando a segurar**. Essa é a minha impressão de quem vive isso vinte e quatro horas por dia,** chega de manhã e sai a noite, quando chega em casa vai escrever artigo (defensor). (CNJ, 2015)

O primeiro entrevistado pelo CNJ, um defensor público, retratou que o Poder Judiciário tem sido cada vez mais criterioso no tocante o provimento de decisões judiciais na área da saúde. “Até 2008, quase tudo atendia”, disse o defensor. Isto ocorreu devido à existência de um novo paradigma a partir da Suspensão de Tutela Antecipada nº 91[82], de fevereiro de 2007. O entendimento anterior ao preconizado pela referida STA consistia no seguinte: o direito à saúde

[82] Na STA 91, ocorre um julgamento com resultado diferenciado de todos os julgamentos anteriores. Concede-se a suspensão de tutela por se entender que houve a configuração de grave lesão economia pública, embaraçando a formulação de políticas públicas por parte do poder público. Ademais, não houve obrigatoriedade de o Estado distribuir medicamentos que não estavam presentes na Portaria 1.328 do Ministério da Saúde. (STF - STA: 91 AL, Relator: Min. PRESIDENTE, Data de Julgamento: 26/02/2007, Data de Publicação: DJ 05/03/2007 PP-00023 RDDP n. 50, 2007, p. 165-167)

era um direito que sempre prevalecia sobre o interesse financeiro do Estado, pois este seria secundário. Só havia uma posição: conceder a distribuição de medicamentos e tratamentos médicos pela via judicial. Após isso, começou-se a refletir na escassez dos recursos públicos e nos impactos sobre as políticas públicas do Poder Executivo, para evitar grave lesão à ordem, à saúde, à segurança e à economia públicas. Como bem disse a Ministra Ellen Gracie no caso em comento: "Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas." (STF, STA 91, 2007)

> O Judiciário acolhe, mas não sei se traz benefício. Eu acho que são coisas que temos de separar. Acolher acolhe, a ação entra e ela tem sua tramitação mais rápida ou mais demorada e aí estão os problemas da justiça que não cabe a nós abordar. A questão é: este acolhimento é benéfico? **Do ponto de vista do indivíduo, aparentemente é. Do ponto de vista coletivo, é quase sempre maléfico, quase sempre negativo.** Por que eu destaquei que às vezes para o indivíduo também não é positivo? **Porque há decisões judiciais, baseadas apenas em uma prescrição médica e que nem sempre traz para o paciente o benefício esperado ou benefício esse que poderia ser obtido da mesma forma com outro tipo de procedimento que nem dependeria da judicialização, ou ainda que pode trazer de fato malefício**. Então já temos histórico de situações que nós tentamos comprovar ao Judiciário que aquele ato não era benéfico, não era adequado e, no entanto, a decisão judicial não acatou esse posicionamento. Então, ainda que a sentença transitada e julgada, passa a ser a verdade assumida perante a lei ou perante a justiça. Do ponto de vista da Secretaria de Saúde, isto nunca será absoluta verdade, porque nós não nos baseamos na lei. Nos baseamos na biologia, nos baseamos na saúde, então há um entendimento do cidadão que ele foi beneficiado e teve o medicamento supostamente ou o aparelho, ou o procedi- mento cirúrgico que supostamente lhe trará benefício e lhe trará salvação, quando do ponto de vista médico isso pode não corresponder à verdade (secretário de Saúde adjunto). (CNJ, 2015)

O posicionamento do Secretário de Saúde Adjunto é de que normalmente o Poder Judiciário tem acolhido as demandas dos cidadãos em matéria de saúde. No entanto, o entrevistado assevera que do ponto de vista do indivíduo, tal acolhimento pode ser benéfico, mas do ponto de vista coletivo, é quase sempre maléfico. "Porque há decisões judiciais baseadas em apenas uma prescrição médica (...)" – tal fala expressa a necessidade de os juízes pensarem em um maior robustecimento técnico das decisões judiciais.

> Acolhe. Quando eu vou para as reuniões com os magistrados eu sempre falo que se o paciente estivesse morrendo ele não estaria em casa e sim no

> hospital. Paciente que está em casa não está morrendo. O paciente que está em casa ele precisa de uma consulta, ele precisa ser assistido, ele precisa ser atendido, mais ele não está morrendo. Os pacientes que estão morrendo estão no hospital sendo atendidos (gestora do núcleo de judicialização). (CNJ, 2015)

Já a gestora do núcleo de judicialização considera que o judiciário acolhe as demandas dos cidadãos na área da saúde.

Por fim, de todas as concepções acima, é possível fazer algumas considerações. É importante mencionar que não há "consenso entre os atores sobre se o judiciário acolhe as demandas da população, como acolhe e quais os limites e desafios desse acolhimento" (CNJ, 2015). No entanto, é importante destacar que a cultura do poder judiciário ainda está no deferimento das ações judiciais impetradas pelos cidadãos que carecem de algum tratamento de saúde.

## 4.3. Do Direito à saúde Baseado em Evidências e Medicina Baseada em Evidências

Segundo (Schulze, 2016), "é preciso superar a arrogância jurídica, segundo a qual o Direito, por si só, contém elementos suficientes para resolver todos os problemas levados ao Judiciário". Nesse sentido, o Direito Baseado em Evidências surge como um instrumento que toma como base não apenas a teoria dos direitos fundamentais, mas também a Medicina Baseada em Evidências - MBE.

> O Direito Baseado em Evidências – DBE tem como base não apenas a teoria dos direitos fundamentais, mas também a Medicina Baseada em Evidências – MBE. A MBE *é técnica específica para atestar com o maior grau de certeza a eficiência, efetividades e segurança de produtos, tratamentos, medicamentos e exames que foram objeto de diversos estudos científicos, de modo que os verdadeiros progressos das pesquisas médicas sejam transpostos para a prática.* (Schulze, 2016)

No que se refere ao direito à saúde, é muito difícil encontrar uma decisão judicial que leva à sério a Medicina Baseada em Evidências e que não prescinda de prova da eficácia, da efetividade, da eficiência e da segurança do produto, da tecnologia ou do medicamento postulado na via judicial.[83] Nesse sentido,

[83] (SCHULZE, 2016)

“é indispensável, por conseguinte, a construção de uma dogmática jurídica assentada na perspectiva do Direito Baseado em Evidências – DBE”[84].

## 4.4. Como aplicar o MBE?

Segundo El Dib (2007), a medicina baseada em evidências (MBE) é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Isso significa que a MBE utiliza-se das provas científicas existentes e disponíveis no momento, com uma qualidade adequada de validade interna e externa, permeando-se na aplicação desses conhecimentos na prática clínica. Quando ocorre a abordagem do tratamento e fala-se em evidências, refere-se a efetividade, eficiência, eficácia e segurança[85].

Dessarte, um estudo com boa validade interna deverá apresentar os componentes descritos abaixo:

> A **efetividade** diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A **eficiência** diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. Referimo-nos à **eficácia** quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a **segurança** significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente.[86] ***(grifo nosso)***

Destaca-se também que uma boa pesquisa científica consiste em quatro itens fundamentais, os quais consistem em: “ situação clínica (qual é a doença), intervenção (qual é o tratamento de interesse a ser testado), grupo controle (placebo,sham, nenhuma intervenção ou outra intervenção) e desfecho clínico[87]”. A partir daí, é importante a realização do desenho de estudo que melhor pode responder à questão clínica relacionada ao caso concreto.

Existem várias classificações relacionadas aos níveis de evidências, desde o nível I (revisões sistemáticas com ou sem metanálises); nível II (grandes ensaios clínicos, com mais de 1000 pacientes); nível III (ensaios clínicos com menos de 1000 pacientes; nível IV (estudos de coorte); nível V (estudos caso-controle); nível

---

[84] (SCHULZE, 2016)
[85] (EL DIB, 2007)
[86] EL DIB, 2007
[87] EL DIB, 2007

VI (séries de casos); até o nível VII (relatos de caso, pesquisas com animais e pesquisas in vitro)[88]. Assim, a hierarquia dos níveis de evidências não é estática, mas dinâmica conforme a pergunta elaborada.

Merece especial atenção a colaboração do Centro Cochrane no Brasil para a tomada de decisões no campo da saúde, instituição que possui os seguintes objetivos: fornecer informação precisa sobre os efeitos do cuidado à saúde prontamente disponível por todo o mundo, produzir e disseminar revisões sistemáticas de intervenções aos cuidados à saúde, e promover a busca por evidências na forma de ensaios clínicos e outros estudos de intervenção[89]. Para se praticar a MBE, deve-se seguir os seguintes passos:

> Na homepage do Centro Cochrane do Brasil (www. bireme.br/cochrane), há inúmeras revisões sistemáticas e ensaios clínicos disponíveis na biblioteca virtual. **Como praticamos a MBE?** Para praticarmos a MBE, devemos seguir os seguintes passos: 1. Transformação da necessidade de informação (sobre prevenção diagnóstico, prognóstico, tratamento, etc.) em uma pergunta que pode ser respondida. 2. Identificação da melhor evidência com a qual responder a essa pergunta (verificação do melhor desenho de estudo para a questão clínica). 3. Acesso às principais bases de dados da área da saúde, como a Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, SciELO e LILACS, em busca de estudos bem delineados. 4. Realização de análise crítica da evidência em relação à validade (proximidade da verdade), ao impacto (tamanho do efeito) e à aplicabilidade (utilidade na prática clínica). É fundamental levar em consideração em quais nível e grau de evidências estamos embasando nossa prática clínica no momento.[90] ***(grifo nosso)***

Portanto, é importante salientar que a MBE não nega o devido valor à experiência pessoal, contudo propõe que esta seja alicerçada em evidências. Não obstante, boas pesquisas científicas acabam por reduzir a incerteza na área da saúde, auxiliando na tomada de melhores decisões clínicas.

> Aumentar a consciência dos clínicos sobre a necessidade de utilizar boas evidências na prática clínica é primordial para a continuidade do desenvolvimento científico e, principalmente, para aumentar a qualidade do atendimento aos pacientes, considerando as circunstâncias e desejos dos mesmos, a experiência profissional do clínico e a melhor evidência disponível no momento. (EL DIB, 2007)

---

[88] EL DIB, 2007
[89] EL DIB, 2007
[90] EL DIB, 2007

## 4.5. Políticas Públicas e atuação do judiciário

As políticas públicas podem ser definidas como ações do governo com o intuito de garantir o atendimento das necessidades sociais. No processo de formação de políticas públicas, defende-se uma autonomia relativa do Estado, dando a este um campo de atuação, mesmo com as influências internas e externas[91]. É de fundamental importância o disposto no art.196 da CF, pois ressalta que o direito à saúde será garantido mediante políticas sociais e econômicas. Ora, a existência de políticas públicas traçadas segundo as necessidades sociais e repartida de acordo com as particularidades locais aumenta eficiência da alocação dos recursos públicos. Estes são escassos, enquanto os riscos sociais são de tal ordem que é impossível cobri-los em sua totalidade; por conseguinte, deve o Estado fazer uma seleção dos mais relevantes para serem protegidos.

Com efeito, a concessão irrefletida de antecipações de tutela da distribuição de medicamentos de alto custo ou de serviços por parte do Judiciário pode causar danos irreparáveis ao planejamento e aplicação das políticas públicas formuladas pelos governos em cada esfera da federação. Por isso, a escassez de recursos deve ser considerada pelos julgadores para o provimento ou não da ação judicial[92]. Em certa medida, o exercício dos direitos e liberdades individuais depende de uma atuação vigorosa do Estado, a partir dos instrumentos governamentais. Muitas vezes, não há recursos suficientes para cumprir as decisões judiciais, e a Administração vê-se obrigada a desviar recursos para satisfazer as escolhas do juiz, prejudicando a observância das políticas públicas. Pior ainda, há casos em que decisões alteram a ordem ou implicam a retirada de pessoas já em uso do usufruto dos serviços públicos, causando grave violação à isonomia e judicializando o acesso aos direitos sociais.

No entanto, "embora possa haver discricionariedade quanto aos meios para se efetivar um direito social, sua efetivação é uma obrigação constitucional e,

---

[91] SOUZA, 2006, pp.20-21

[92] Na STA 245/RS, esse aspecto foi considerado, como apreendido do seguinte trecho da decisão: "Ressalto, nessa perspectiva, as contribuições de Stephen Holmes e Cass Sunstein para o reconhecimento de que todas as dimensões dos direitos fundamentais têm custos públicos, dando significativo relevo ao tema da 'reserva do possível', especialmente ao evidenciar a 'escassez dos recursos' e a necessidade de se fazer escolhas alocativas, concluindo, a partir da perspectiva das finanças públicas, que 'levar a sério os direitos significa levar à sério a escassez' [...]"

para não a cumprir, há um ônus argumentativo por parte dos poderes políticos"[93]. Dessa forma, a concretização dos direitos sociais mediante uso de recursos públicos não é uma tarefa restrita ao Executivo e inacessível ao Judiciário. Trata-se da efetivação de uma promessa constitucional. Isto posto, podem ser ressaltados os níveis de participação nas políticas públicas, pois as orientações do judiciário podem ser úteis na formação e correção da política. Contudo, a execução da política pública pelo Judiciário é impraticável. Conforme o nível de intervenção do Poder Judiciário, a execução da política fica inviável, refletindo no princípio da separação dos poderes e ferindo o mecanismo dos freios e contrapesos.

As políticas públicas na saúde devem seguir um critério democrático de justiça distributiva[94]. Segundo Rawls, a justiça é uma das instituições sociais. Nesse contexto, instituições ou leis injustas ou devem ser reformadas ou abolidas[95]. A justiça é indisponível, de forma que uma injustiça somente é aceita para evitar uma injustiça maior.

No campo das políticas públicas, a separação de poderes adquire fundamental importância, em virtude da ampla discussão do envolvimento do Judiciário em questões políticas. Também, é importante saber até que ponto esse poder pode interferir na atuação dos demais poderes quando no atendimento das demandas judiciais.

Para resolver tal questão, Amaral (2001) aborda sobre o conceito de escassez. "Dizer que um bem é escasso significa que não há o suficiente para satisfazer a todos[96]".

> A questão da escassez se põe de maneira especial no acesso à saúde. Algumas pessoas podem pensar que quando a saúde e a vida estão em

[93] WANG, 2008, p.541
[94] Sobre justiça distributiva, extrai-se o trecho da STA 245: "Tais escolhas seguiriam critérios de justiça distributiva (o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem "escolhas trágicas" pautadas por critérios de macro-justiça. É dizer, a escolha da destinação de recursos para uma política e não para outra leva em consideração fatores como o número de cidadãos atingidos pela política eleita, a efetividade e eficácia do serviço a ser prestado, a maximização dos resultados, etc".
[95] RAWLS, 2000, pp.3-4
[96] AMARAL, 2001, p.133

> jogo, qualquer referência a custo é repugnante, ou até imoral. Mas o aumento do custo com tratamento tornou essa posição insustentável[97].

Os direitos não são absolutos[98], pois envolvem custos. Nesse sentido, muitas vezes o exercício da atividade estatal importa em escolhas duras, uma vez que se decide sobre a vida dos pacientes. Nesse contexto, pode-se afirmar que há um conflito latente na decisão da destinação de recursos orçamentários: enquanto o Judiciário, individual e concretamente, determina a destinação de recursos orçamentários para o cumprimento daquela decisão individual, o legislador, de forma geral e abstrata, indica o caminho os recursos para um todo populacional, com fins universalizantes e o Executivo precisa compatibilizar, não raras vezes, imposições conflitantes.

> Nenhum direito fundamental é absoluto. Com efeito, direito absoluto é uma contradição em termos. Mesmo os direitos fundamentais sendo básicos, não são absolutos, na medida em que podem ser relativizados. Primeiramente, porque podem entrar em conflito entre si – e, nesse caso, não se pode estabelecer a priori qual direito vai "ganhar" o conflito, pois essa questão só pode ser analisada tendo em vista o caso concreto. E, em segundo lugar, nenhum direito fundamental pode ser usado para a prática de ilícitos. Então – repita-se – nenhum direito fundamental é absoluto. (CAVALCANTE FILHO, 2016)

Da vertente moral dos direitos, colocada por Sustein, defende-se que não há total liberdade do Poder Público quanto à alocação dos recursos públicos. "Embora possa haver discricionariedade quanto aos meios para se efetivar um direito social, sua efetivação é uma obrigação constitucional e, para não a cumprir, há um ônus argumentativo por parte dos poderes políticos"[99]. Dessa forma, a concretização dos direitos sociais mediante uso de recursos públicos não é uma tarefa restrita ao Executivo e inacessível ao Judiciário. Há em jogo a efetivação de uma promessa constitucional, preocupando "a distância entre a lei fundamental e a realidade constitucional, entre a promessa de legitimidade e a realidade, com os meios possíveis para uma constituição burguesa"[100].

As políticas públicas na saúde devem seguir um critério democrático de justiça distributiva. "Chamamos de princípios de justiça distributiva as concepções

---

[97] AMARAL, 2001, p.136
[98] CAVALCANTE FILHO, 2016
[99] WANG, 2008, p.541
[100] MÜLLER, 2003, p.50

gerais sobre como recursos escassos devam ser alocados"[101]". Para Rawls, a justiça é uma das instituições sociais. Nesse contexto, instituições ou leis injustas ou devem ser reformadas ou abolidas[102]. "Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar[103]". A justiça é indisponível, de forma que uma injustiça somente é aceita para evitar uma injustiça maior.

## 4.6. A Teoria da Reserva do Possível

Para uma discussão mais ampla sobre a aplicação dos direitos fundamentais, é imprescindível uma análise da denominada cláusula da reserva do possível.

A cláusula foi primeiramente usada em um julgamento do Supremo Tribunal Alemão, em uma decisão que ficou conhecida posteriormente como Numerus Clausus. Neste caso, a corte alemã analisou o pedido de estudantes que não tinham sido admitidos nas faculdades que queriam estudar, pelo fato de as instituições de ensino superior possuírem limites de vaga. Utilizando da Lei nº 12 da Constituição alemã que diz "Todos os alemães tem direito de escolher livremente sua profissão, local de trabalho e seu centro de formação",[104] os estudantes entraram com o pedido de vagas para todos.

Ingo Wolfgang Sarlet (2010) ressalta:

> Ainda no contexto mais amplo de direito à educação, situa-se a problemática do acesso ao ensino superior, objeto de ampla discussão na Alemanha já no início dos anos setenta, debate que, aliás, forneceu importantes e interessantes subsídios para a controvérsia em torno dos direitos sociais prestacionais. Na sua afamada e multicitada decisão *numerus clausus,* o Tribunal Federal Constitucional, com base na constatação de que a liberdade fundamental de escolha da profissão não teria valor algum caso não existissem as condições fáticas para a sua fruição, entendeu que este direito objetiva também o livre acesso às instituições de ensino. De fato, acabou o Tribunal da Alemanha reconhecendo que, a partir da criação de instituições de ensino pelo Estado, de modo especial em setores onde o poder público exerce um monopólio e onde a participação em prestações estatais constitui pressuposto para a efetiva fruição de direitos fundamentais, a garantia da liberdade de escolha de profissão (art. 12, inc. I, da LF), combinada com o princípio geral da

[101] AMARAL, 2001, p.169
[102] RAWLS, 2000, pp.3-4
[103] Ibidem, p.4
[104] SARLET, 2010

> igualdade (art. 3º, inc. I) e com o postulado do Estado Social (art. 20), garante um direito de acesso ao ensino superior de sua escolha a todos os que preencherem os requisitos subjetivos para tanto. Remanesceu em aberto, contudo, eventual possibilidade de se admitir um direito fundamental originário a prestações, isto é, não apenas o tratamento igualitário no que tange ao acesso, mas também o direito a uma vaga no âmbito do ensino superior. Tal hipótese foi aventada pelo Tribunal Federal Constitucional, que, mesmo sem posicionar-se de forma conclusiva a respeito da matéria, admitiu que os direitos a prestações não se restringem ao existente, condicionou, contudo, este direito de acesso ao limite da reserva do possível. (SARLET, 2010)

Na decisão do caso, o Tribunal Superior alemão julgou que esta demanda contida na carta magna alemã estava sujeita à reserva do possível, ou seja, à razoabilidade do recurso. A decisão da Corte é esclarecedora e ilustrativa " a prestação reclamada deve corresponder ao que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, de tal sorte que, mesmo em dispondo o Estado de recursos, e tendo poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha no limite do razoável." (SARLET, 2010)

Portanto, a Teoria da Reserva do Possível não se refere apenas à situação de o Estado conter o poder material para realizar tal tarefa, na concretização de um o direito social, mas deve-se reforçar sempre a razoabilidade da pretensão.

A frase seguinte toca no ponto central do caso: "levar a sério os direitos significa levar a sério a escassez" (HOLMES e SUSTEIN, 1999). Diante da multiplicidade de necessidades sociais e da escassez dos recursos materiais do Estado brasileiro, cabe ao Poder Executivo realizar as escolhas, estabelecendo prioridades e critérios. Isto posto, frisa-se que os direitos sociais são muitos e o recurso material do país não é o bastante para que todas as demandas sejam atendidas. Assim, o financiamento depende da escolha de políticas públicas cuja implementação depende de execução orçamentária.

## 4.7. Da Judicialização

A relação jurisdição-legislação é muito complexa. Não é uma questão simples de resolver-se. Em síntese, sempre que há a jurisdição ultrapassando os limites da legislação, observa-se o fenômeno da judicialização. Mais interessante é a definição do Professor Barroso:

> Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro. A seguir, uma tentativa de sistematização da matéria. (BARROSO, 2009, p. 3)

O fenômeno da judicialização no Brasil não se deu por um exercício deliberado de vontades políticas no judiciário, mas o próprio contexto e o modelo constitucional adotado levaram à sua consolidação.

É importante mencionar que foram três as causas da judicialização.

A primeira delas é a redemocratização, visto que, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, “o Judiciário deixou de ser um departamento técnico-especializado e se transformou em um verdadeiro poder político, capaz de fazer valer a Constituição e as leis, inclusive em confronto com os outros Poderes.” (BARROSO, 2009, p.3).

“A segunda causa foi a constitucionalização abrangente, que trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária”.(BARROSO, 2009, p.3)

A terceira e última causa da judicialização “é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade, um dos mais abrangentes do mundo” (BARROSO, 2009, p.4), o qual combina aspectos de dois sistemas diversos: o americano e o europeu.

A judicialização advém do modelo de Constituição analítica e da convivência entre o controle de constitucionalidade abstrato e concreto adotados no Brasil, os quais permitem que discussões de largo alcance político e moral sejam trazidas sob a forma de ações judiciais. Em síntese, a judicialização não se consolidou a partir da vontade do Judiciário, mas sim do constituinte.

É fato que “os riscos para a legitimidade democrática, em razão de os membros do Poder Judiciário não serem eleitos, se atenuam na medida em que

juízes e tribunais se atenham à aplicação da Constituição e das leis." (BARROSO, 2009, p.17).

Nesse ínterim, tem-se a preponderância do Judiciário em relação aos demais poderes, mas agora, por causa da própria história brasileira. Dessa forma, é extremamente difícil aplicação da literalidade do princípio da separação dos poderes, mas deve-se lutar para o estabelecimento dos limites entre os poderes, atendo-se sempre à aplicação das leis e insistindo-se na eficácia das regras frente aos princípios, para a manutenção da estrutura organizacional brasileira.

Muitas vezes, cabe ao Judiciário legislar para a composição dos litígios, principalmente por causa da inércia do Poder Legislativo, bem como cabe ao Judiciário intervir diretamente nas Políticas Públicas do Poder Executivo, pelo fato de a função jurisdicional não poder ficar omissa por força do princípio da inafastabilidade de jurisdição.[106]

## 4.8. Separação dos poderes e Intervenção Judicial na saúde – Da Judicialização da Política de Saúde

O poder Judiciário não pode "usurpar" a função de elaboração de políticas públicas para a saúde, atribuída ao Poder Executivo, responsável pelo planejamento e controle das despesas públicas, com a análise e aprovação do poder legislativo.

A determinação de uma política pública pelo poder Judiciário é um fenômeno que interfere na separação dos poderes e, consequentemente, no mecanismo de checks and balances ou sistema de freios e contrapesos, no qual um poder freia o outro poder, de acordo com a teoria de Montesquieu.

Segundo Jeremy Waldron (1999), pode-se inferir que há uma construção de uma imagem idealizada do julgar (ideia do juiz Hércules) e, por outro lado, de uma imagem ruim do legislar. Dessa forma, o ativismo judicial é visto por alguns como a análise racional dos tribunais, que seriam responsáveis pelo

[106] O direito de ação é um direito público subjetivo do cidadão, expresso na Constituição Federal de 1988 em seu art. 5º, XXXV. Neste dispositivo constitucional encontra-se o denominado princípio da inafastabilidade da jurisdição.

estabelecimento de “medidas” que beneficiam as pessoas que não foram atendidas devido à inércia dos outros poderes.

Mas, na verdade, a judicialização da política, fenômeno que pode ser entendido como a formulação de política no processo judicial, sobretudo com relação a direitos constitucionais programáticos, resulta na falta de reflexão sobre a utilização de recursos escassos, que devem ser empregados em vários setores. Na verdade, a análise judicial sobre os impactos da decisão de autorizar a compra de um medicamento extremamente oneroso para o Estado ou de um tratamento de alto custo deve ser bastante criteriosa, pois os juízes não possuem o devido domínio do processo de formulação de uma política pública, do orçamento público e do controle dos gastos públicos com a saúde. Não se pode esquecer que o estabelecimento de políticas públicas é realizado com recursos finitos, considerando as análises quantitativas do que pode ser gasto na área de saúde, por exemplo, sem deixar de atender a outros setores igualmente importantes.

Segundo Ackerman (2006),

> Os direitos fundamentais do cidadão não são direitos substantivos – igualdade ou igual respeito e consideração – mas procedimentais, pois todos os indivíduos tem o direito básico de participar de um processo político deliberativo no qual determinam o conteúdo substantivo dos demais direitos fundamentais. (ACKERMAN, 2006, pág. 16)

Para Ackerman (2006), a Suprema Corte possui duas funções relacionadas ao controle da constitucionalidade: preservar as regras estabelecidas pela vontade do povo mobilizado e, com a criação de novos consensos oriundos da cidadania mobilizada, realizar a organização destes novos consensos em relação aos princípios vigentes. Ainda segundo o autor, há dois níveis de decisão política: a legislativa, que é estabelecida nos períodos em que não há mobilizações populares por novas regras e princípios, e a constitucional, identificada nos períodos de grandes mobilizações em busca da criação de normas constitucionais.

Considerando a análise de Ackerman (2006), pode-se inferir que a decisão política em “tempos normais” é atribuída ao poder Legislativo, não cabendo o estabelecimento de políticas em tal grau que ora se pretende pelo poder Judiciário. As Cortes teriam o papel fundamental de preservação das regras e princípios

estabelecidos pela população mobilizada, mas não de estabelecimento de políticas públicas. Há ainda o combate à essencialização e absolutização dos direitos fundamentais, que podem ocasionar o desfazimento do processo político democrático de tomada de decisão. A ausência deste processo prejudica a política pública de saúde, devido à compra de um medicamento ou da concessão de um serviço em caráter individual e pela questão orçamentária, que não prevê este gasto.

Jeremy Waldron rejeita a ideia de que diante da omissão dos demais poderes, o Judiciário teria legitimidade para implementar políticas. Para o autor, o Congresso é um conjunto de representantes que decide por maioria, correspondendo ao povo tomando decisões em um procedimento igualitário. Ao questionar o modelo de revisão judicial americano, Waldron (1999) questiona a possibilidade de um tribunal não eleito revogar uma lei ou dizer em última instância a interpretação constitucional.

> Uma posição filosófica bastante crítica da necessidade de que haja um texto constitucional resguardado das vontades majoritárias é advogada por Waldron (1999). Ele afirma que um sistema puramente majoritário, como o britânico, garante resultados melhores do ponto de vista democrático. Como decorrência de sua posição, Waldron também será bastante crítico do papel exercido pelos tribunais no controle da constitucionalidade das leis. (COUTO e ARANTES, 2006)

Partindo da análise dos pensamentos de Waldron, verifica-se que o poder Judiciário estaria “invadindo” o espaço de decisões políticas e analisando casos pontuais sem verificar os devidos impactos para o Estado. Ao decidir sobre a compra de um medicamento ou concessão de serviço de saúde em caráter individual, o coletivo é desprezado e apartado do processo democrático, pois sequer se manifesta sobre esta criação de política pública em instâncias judiciais.

O ativismo judicial compromete o planejamento estratégico do Executivo, que detém os instrumentos de controle de gastos e destaque de recursos públicos. A função legislativa é prejudicada, pois a análise e a aprovação dos representantes do povo sobre as políticas públicas estabelecidas são negligenciadas pela decisão unilateral do Judiciário. Dessa forma, de acordo com o respeito à separação de poderes e os prejuízos oriundos do ativismo judicial, o poder Judiciário não deveria decidir de maneira solitária à escassez dos recursos públicos.

**4.9.**

## 4.9. Judicialização da Saúde no CBMDF: O Caso de M.G.E

Trata-se do caso de M.G.E[149], beneficiária do Sistema de Saúde do CBMDF, e portadora de câncer, adenocarcinoma de cólon com metástase em pulmão, estágio IV, paciente esta que precisou realizar tratamento com os medicamentos Xeloda e Avastin, conforme relatório médico, devido ao risco de morte. Nesse sentido, M.G.E ajuizou ação com obrigação de fazer em face do Distrito Federal, com pedido de antecipação de tutela. A parte autora alega que realizara 4 ciclos, tendo iniciado o seu primeiro ciclo em 7 de julho de 2015, e após o quarto ciclo de administração, alegou a requerente que o fornecimento fora suspenso pelo CBMDF sem justificação. Devidamente citado, o réu (Distrito Federal) não apresentou resposta, tornando-se revel.

Quanto ao mérito, o Excelentíssimo Juiz de Direito Substituto, José Rodrigues Chaveiro Filho, fundamentou a sentença citando o art. 5º da Constituição Federal que versa sobre a inviolabilidade do direito à vida. Além disso, afirmou que "não se mostra oportuno qualquer argumento no sentido de que Poder Público não pode se empenhar em dar vazão imediata a todas as necessidades da população, devido ao princípio do limite do possível." (6ª Vara da Fazenda Pública do DF, Processo nº 2015.01.1.096413-0, 2015). Nesse sentido, o juiz afastou a teoria da reserva do possível para o caso em comento. Além disso, Sua Excelência cita o art. 196 da CF em suas razões.

> O que se tem nos autos é que a parte autora necessita do tratamento indicado na inicial em face do seu grave estado de saúde. Acrescente-se que o relatório médico acostados aos autos, cujo conteúdo não foi objeto de impugnação específica, dá conta de que efetivamente a medicação era necessária para o seu quadro clínico. (6ª Vara da Fazenda Pública do DF, Processo nº 2015.01.1.096413-0, 2015).

Resta salientar que o juiz considerou que, como o relatório médico acostado aos autos não fora objeto de impugnação específica, a medicação era de fato necessária para o seu quadro clínico. Por fim, o juiz julgou procedente o pedido

[149] Tal caso foi judicializado e encontra-se no TJDFT, Processo nº 2015.01.1.096413-0, na 6ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal. Todas as informações constantes sobre este caso nesta monografia foram extraídas do processo judicial.

para condenar o Distrito Federal a autorizar e custear integralmente o tratamento indicado à parte autora.[150]

Em entrevista com o auditor de saúde do CBMDF[151] que acompanhou o caso de M.G.E, foi constatado que o caso em epígrafe já custou mais de R$ 210.000,00 para a Corporação. E, se for necessário que a paciente utilize essa medicação por toda a vida, assim lhe será concedido. Segundo o médico auditor, a medicação judicializada não possuía a devida comprovação técnica para a sua ministração no caso de M.G.E.

Com o caso em comento, observou-se que a Diretoria de Saúde já se utiliza da Medicina Baseada em Evidências, no entanto, o juiz julgou procedente o pedido com base em apenas um relatório médico. Outro problema encontrado foi que o Distrito Federal não recorreu da decisão do juiz, e assim a Administração viu-se obrigada a fornecer uma medicação sem o devido nível de evidência para o caso clínico da paciente. Portanto, assevera-se aqui a importância da aplicação dos Direitos Baseados em Evidências pelo Poder Judiciário, bem como a aproximação da Diretoria de Saúde do CBMDF com a Procuradoria Geral do Distrito Federal para recorrer e minimizar os efeitos da judicialização da saúde para as finanças públicas, quando o caso concreto não possuir um nível de evidência adequado.

[150] 6ª Vara da Fazenda Pública do DF, Processo nº 2015.01.1.096413-0, 2015
[151] A entrevista encontra-se na parte de resultados deste trabalho.

# 5. CONCLUSÃO

Considerando todo o exposto, no presente trabalho, destacou-se que, segundo o Chefe da SEAUD, todos os tratamentos médicos, aquisições, exames ou prestações de serviço, em valores unitários acima de R$ 500,00 (quinhentos) reais podem ser avaliados como de alto custo. Tratou-se de uma concepção ampla para fins de processamento dos pedidos médicos frente à Diretoria de Saúde do CBMDF. No entanto, observou-se que os maiores custos estão nos seguintes: OPME's (15 a 20% do custo); UTI; Procedimentos cirúrgicos; Medicações e procedimentos de alto custo; Tecnologia[159]. Segundo a documentação contida na SEAUD, na parte de estatísticas, as neurocirurgias, as cirurgias ortopédicas e as cardiológicas consistem nas que mais consomem os recursos destinados aos tratamentos de alto custo no CBMDF.[160]

Assevera-se que o crescimento da inflação média, o crescimento de pessoal negativo e o crescimento de gasto com saúde positivo indicam um grande desafio a ser enfrentado nos próximos anos para o equilíbrio econômico financeiro das contas da DISAU[161]. Por isso, a Diretoria de Saúde deve investir no que está dando certo: o serviço de auditoria em saúde. É preciso modernizar o sistema de saúde e ampliar a estrutura da Auditoria, seja com recursos humanos ou materiais, bem como no estímulo da continuidade da aplicação da Medicina Baseada em Evidências como um instrumento técnico-científico na concessão das demandas de saúde.

Através do estudo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), verificou-se que o fenômeno da judicialização da saúde está cada vez mais sendo discutido no Brasil. Isto ocorre não pela crítica ao cidadão por exercer seu direito constitucional de ação, mas pelo fato de os juízes darem provimento a demandas de saúde de maneira 'solitária', por vezes com base em apenas um princípio ou em apenas um relatório médico, deixando de se observar os Direitos Baseados em Evidências – DBE, ou mesmo a escassez pública. É preciso que a Administração Pública se preocupe com o fenômeno da judicialização da saúde, visto que os juízes possuem

[159] CBMDF, SEAUD, 2016
[160] CBMDF, ESTATÍSTICAS SEAUD, 2016
[161] Dados retirados da entrevista com o Chefe da SEAUD constante no Apêndice 2.

uma tendência ao deferimento final das demandas de saúde, conforme destacado por pesquisa feita pelo CNJ[162] constante na presente monografia.

Nesse contexto, no tocante à judicialização da política de saúde, observa-se um judiciário bastante influente nas políticas públicas. É importante lutar contra as decisões judiciais 'solitárias', as quais atendem às demandas de forma individualizada, sem levar a sério as contas públicas.

Considerando a análise de Ackerman (2006), observou-se que a decisão política em "tempos normais" é atribuída ao poder Legislativo, não cabendo o estabelecimento de políticas em tal grau que ora se pretende pelo poder Judiciário. É mister salientar o combate à essencialização e absolutização dos direitos fundamentais, pois podem ocasionar o desfazimento do processo político democrático de tomada de decisão. "Nenhum direito fundamental é absoluto. Com efeito, direito absoluto é uma contradição em termos. Mesmo os direitos fundamentais sendo básicos, não são absolutos, na medida em que podem ser relativizados." (CAVALCANTE FILHO, 2016)

"Dizer que um bem é escasso significa que não há o suficiente para satisfazer a todos[163]". Nesse sentido, frisa-se que é impossível atender a todas as demandas em saúde do público do CBMDF, visto que as necessidades são ilimitadas, mas o orçamento é limitado.

Ao estudar o Sistema de Saúde do CBMDF, a partir de todo o escopo normativo existente, foram analisadas algumas decisões judiciais que revelaram que alguns juízes desconhecem a natureza jurídica do Sistema de Saúde do CBMDF – se consiste em um Plano de Saúde ou Sistema de Autogestão. Defendeu-se, portanto, que o Sistema de Saúde da Corporação apresenta características relacionadas à autogestão, baseando-se fundamentalmente em decisão consolidada pelo Superior Tribunal de Justiça. A natureza jurídica revela algumas implicações jurídicas quanto à obrigatoriedade de fornecimento de tratamentos de alto custo pelo CBMDF, as quais foram delineadas no seguinte:

---

[162] **"Tendência de deferimento final e na antecipação de tutela:** na maioria dos casos, houve deferimento do pedido de antecipação de tutela sem pedido de informações complementares." (CNJ, 2015)

[163] AMARAL, 2001, p.133

I - o Sistema de Saúde do CBMDF consiste em um plano de autogestão e, dessa forma, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor, segundo entendimento assentado no REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012; e os planos de autogestão estão dispensados de oferecer plano-referência, na esteira do que dispõe o artigo 10, §§ 2º e 3º, da Lei 9.656/98;

II – a Corporação já aplica a Medicina Baseada em Evidências através da DISAU no tocante aos tratamentos de alto custo, dessa forma no caso de judicialização da saúde, poderá ser aventada a importância da aplicabilidade pelo juiz dos Direitos Baseados em Evidências aos casos concretos. Assim, casos relacionados ao nível mínimo de evidência, ou mesmo sem comprovação científica de adequação poderão não ser contemplados na via administrativa;

III – o Diretor de Saúde poderá, com vistas ao equilíbrio econômico financeiro das contas da DISAU, estabelecer políticas públicas internas, selecionando os riscos mais importantes e satisfazendo aos anseios da coletividade sem estar vinculado ao Plano-Referência, conforme o que consta no REsp. 1.121.067/PR, 3ª T., rel. Min. Massami Uyeda, DJe 03/02/2012.

IV – para os casos de judicialização da saúde, poderá ser aventada a importância da Recomendação nº 31 do CNJ, a qual estimulou que os magistrados:

> I – procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;
> II – evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
> III – ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; (...) [164]***(grifo nosso)***

Assim, o gestor público poderá levantar a possibilidade de ser ouvido antes que o Poder Judiciário aprecie medidas de urgência na via judicial.

Realizou-se ainda um estudo de caso: M.G.E. Com o caso em comento, observou-se que a Diretoria de Saúde já tem observado a utilização da

[164] CNJ, 2015

Medicina Baseada em Evidências, no entanto, o juiz julgou procedente o pedido com base em apenas um relatório médico, inobservado a Teoria dos Direitos Fundamentais aliada à Medicina Baseada em Evidências. Outro problema encontrado foi que o Distrito Federal não recorreu da decisão do juiz, e assim a Administração viu-se obrigada a fornecer uma medicação sem o devido nível de evidência para o caso clínico da paciente. Nesse ínterim, reitera-se aqui a importância da aplicação dos Direitos Baseados em Evidências pelo Poder Judiciário, bem como a aproximação da Diretoria de Saúde do CBMDF com a Procuradoria Geral do Distrito Federal para recorrer nos processos judiciais e minimizar os efeitos da judicialização da saúde para as finanças públicas, principalmente quando o caso concreto não possuir um nível de evidência adequado.

Além disso, é importante que a Administração se preocupe com o impacto das decisões judiciais para as finanças públicas. Tais decisões estão impactando e muito no orçamento, como o caso M.G.E. Apenas um caso que foi tratado nesta monografia e que custou mais de 200 mil para os cofres públicos. Nesse sentido, verificou-se também que, de maneira geral, a Corporação não cataloga o impacto financeiro das decisões judiciais em saúde envolvendo os usuários do Sistema de Saúde do CBMDF, recaindo na necessidade de a Administração se preocupar com este fenômeno, calculando os impactos orçamentários.

A judicialização também revela a necessidade de networking entre o CBMDF e o Poder Judiciário para cooperar no estabelecimento da Política Judiciária de Saúde, permeada pela iniciativa do STF e do CNJ. Quando instado a se pronunciar por algum órgão, o CBMDF poderá afirmar sempre sobre a importância de o gestor de saúde ser ouvido antes da apreciação de medidas de saúde de urgência, conforme o que preconiza a Recomendação nº 31 do CNJ, além de evidenciar a aplicação dos Direitos baseados em Evidências, colocando-se sempre à disposição do Poder Judiciário, estreitando relacionamento com a PGDF para a consecução dessas medidas. Também reitera-se a importância da Medicina Baseada em Evidências na Corporação como um instrumento salutar no enfrentamento dos casos que estão sendo judicializados.

Destaca-se, mais uma vez, a importância do presente trabalho para o mundo acadêmico, visto que este, de fato, fornece informações técnico-jurídicas para que o gestor de saúde possa se comportar diante da judicialização da saúde envolvendo os usuários do Sistema de Saúde da Instituição, considerando a escassez dos recursos públicos.

Portanto, finaliza-se a presente monografia reescrevendo a frase de Sustein e Holmes (1999): “ Levar os direitos à sério é levar à sério a escassez”. Por isso, é importante que o CBMDF também colabore com o CNJ na tarefa do estabelecimento de uma política judiciária de saúde, lutando contra decisões judiciais solitárias, atendendo à Teoria da Reserva do Possível e atendendo ao interesse público.

# REFERÊNCIAS


ARANHA, Márcio Iório. **Manual de Direito Regulatório: Fundamentos de Direito Regulatório**. – Scotts Valley, CA : CreateSpace, 2013.

ÁVILA, Humberto**."Neoconstitucionalismo": entre a "ciência do direito" e o " direito da ciência**. Revista Eletrônica do Direito do Estado (REDE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº 17, janeiro/fevereiro/março, 2009. Disponível na internet:<http://www.direitodoestado.com.br/rede.asp>. Acesso em 15 de junho de 2012.

ACKERMANN, Bruce. **Nós, o povo soberano: Fundamentos de Direito Constitucional**. Editoria Del Rey, 2009.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**.Disponível:<http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2012.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 24ª Edição. Editora Lumen Juris, 2011.

CASTRO RAMOS, Mariana Barbabela de Castro. **Clausula da reserva do possível: a origem da expressão alemã e sua utilização no direito brasileiro**. Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,clausula-da-reserva-do-possivel-a-origem-da expressao-alema-e-sua-utilizacao-no-direito-brasileiro,49058.html. Acesso em: 15 AGO 2016

CAVALCANTE FILHO, João Trindade. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. Disponível:http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao_trindadade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf. Acesso em 20 out 2016.

CBMDF. **Plano Estratégico 2013-2016**. Ano: 2015. Disponível em: https://www.cbm.df.gov.br/2012-11-12-17-42-33/2012-11-13-16-14-57?task=document.viewdoc&id=2955. Acesso em: 20 set 2016.

CBMDF. **Portaria nº 48. Da assistência médico-hospitalar – contribuição e indenização**. Ano : 2002, publicada no Boletim Geral n.º 170, de 10 set. 2002.

CBMDF. **Regimento Interno do DERHU**. Ano: 2011. Publicado no BG nº 239, de 22 de dezembro de 2011.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990**. Rev. Sociol. Polit. 2002, n.18, pp. 49-7

CFM. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001**. Disponível em: http://www.cooeso.com.br/downloads/manual_2012_12_resolucoes.pdf. Acesso em 18 jul 2016.

CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil. Dados e experiências**. Ano: 2015. Disponível:http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf. Acesso em 18 set 2016.

CNJ. **Notícia: Núcleo de Assessoramento a Juízes completa 4 anos**. Ano: 2016. Disponível em: http://cnj.jus.br/noticias/judiciario/79572-nucleo-de-assessoramento-tecnico-a-juizes-completa-quatro-anos. Acesso em 16 SET 2016.

EXÉRCITO BRASILEIRO. **Portaria nº 048-DGP**, de 28 de fevereiro de 2008. Disponível:http://apoioasaude.dsau.eb.mil.br/aplicativos/materia/legislacao/Legislacao_FUSEx_IR_Nr30-38.pdf Acesso em: 19 set 2016.

EL DIB, Regina Paolucci. **Como praticar a medicina baseada em evidências?** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf. Acesso em: 20 out 2016

FRANÇA, Marcos Vinícius da Silva. **Demonstração da necessidade do funcionamento de um sistema de auditoria em oncologia no âmbito do fundo de saúde do CBMDF.** CBMDF, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do Sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema único de Saúde**. Washington: World Bank, 2013

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The cost of rights: why liberty depend on taxes**. Nova Iorque: W.W. Norton & Company, 1999, pp.14-17

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009**. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf . Acesso em: 19 set 2016.

JUSBRASIL. **STA 91/AL**. Disponível em: <http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19139898/suspensao-de-tutela antecipada-sta-91-al-stf> Acesso em: 07.jun.2016

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. **Direitos fundamentais, direito à saúde e papel do executivo, legislativo e judiciário: fundamentos de direito constitucional e administrativo**. Publicado em compêndio: As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. Instituto de Saúde, São Paulo, 2009.

KERBAUY, Maria Teresa Miceli. **Federalismo, descentralização e democracia. Estudos de Sociologia**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 51-61, 2007.

LIMA, Edilberto Carlos Pontes. **Democracia e federalismo: uma intrincada relação**. Revista de Informação Legislativa, Brasília, ser. a, v. 44, n. 175, p.299-307, jul./set. 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. Malheiros: 2006.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro** - Editora RT, São Paulo: 1996.

MÜLLER, Friedrich. **Quem é o povo? A questão fundamental da democracia**. Trad. Peter Naumann. Rev. Paulo Bonavides. São Paulo: Max Limonad, 3ª ed. 2003. p.50

OLIVEIRA, Wellington Alves de. **Análise da possibilidade de implementação de Nota de Empenho em nome da própria Unidade Gestora para as despesas de credenciamento com serviços de saúde.** CBMDF, 2016.

Planalto. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.pm.df.gov.br/site/atjgcg/Leis%5CDecreto_26.876-06.pdf. Acesso em : 01 abril de 2016.

Planalto. **Lei nº 8.080/90.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 07.jun.2016

_____. **Lei nº 8.437/92**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8437.htm> Acesso em: 07.jun.2016.

_____. **Lei nº 8.255/91.** Disponível:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8255.htm> Acesso em: 07 jun 2016.

_____. **Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002.** Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.4862002?OpenDocument. Acesso em: 07 jun 2016.

_____. **Lei nº 4320/64.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm. Acesso em 12 jul 2016.

_____. **Lei nº 9.656/98**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em 12 jul 2016.

BRASIL. **Lei nº 6.333, de 18 de Maio de 1976**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6333.htm. Acesso em 20 out 2016

BRASIL. **Lei nº 7.479, de 2 de junho de 1986. Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7479.htm**. Acesso em: 20 out 2016.**

_____. **Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010**. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=63268. Acesso em: 07 de jun de 2016.

_____. **Decreto nº 26.876, 2006**. Disponível em: http://www.pm.df.gov.br/site/atjgcg/Leis%5CDecreto_26.876-06.pdf. Acesso em: 07 jul 2016.

_____. **Decreto 7.163, 2010**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7163.htm. Acesso em: 07 jul 2016.

PROVDANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César De. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Feevale. 2 ed. Novo Hamburgo. 2013. Disponível em: http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004 > Acesso em 10 out 2016.

RAMOS FILHO, Carlos Alberto de. **Curso de Direito Financeiro** – São Paulo : Saraiva, 2012.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000, pp.3-4

RODRIGUES, Danielle Cidade Castello Branco Rodrigues. **Implementação de uma Seção de Diagnóstico na Policlínica Médica (POMED)**. CBMDF, 2016

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livr. do Advogado, 2010, p. 340/341)

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchner. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988**. Publicado em compêndio: As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. Insituto de Saúde, São Paulo, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti Timm (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SEAUD, **1º Workshop de Nivelamento dos Desempenhos e Necessidades Setoriais da DISAU**. 2016

SÓLON, Ari Marcelo. **Ética, cidadania e direito à saúde. Publicado em compêndio: As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. Instituto de Saúde, São Paulo, 2009.

SCHULZE, Clenio Jair. **Direito Baseado em Evidências**. Disponível em: http://emporiododireito.com.br/direito-baseado-em-evidencias/. Acesso em: 20 out 2016.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias. 2006, n.16, pp.20-45

SUNSTEIN, Cass R. **Are Judges Political? An Empirical Analysis of the Federal Judiciary**. Washington: Brookings Institution Press, 2006, pp-129-130

Supremo Tribunal Federal. **STA 245/RS**. Disponível em:< http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=204&dataPublicacaoDj=29/1

0/2008&incidente=2623359&codCapitulo=6&numMateria=162&codMateria=7> Acesso em: 07.jun.2016

TJDFT. **AG: 16688820108070000 DF 0001668-88.2010.807.0000**, Relator: TEÓFILO CAETANO, Data de Julgamento: 17/03/2010, 4ª Turma Cível, Data de Publicação: 06/04/2010, DJ-e Pág. 113.

TJDFT. 6ª Vara da Fazenda Pública do DF. **Processo nº 2015.01.1.096413-0**. Ano: 2015.

TJDFT. **APC 2012 01 1 183498-5**, 2014. Disponível em: http://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/122611042/apelacao-civel-apc-20120111834985-df-0009680-6620128070018/inteiro-teor-122611044. Acesso em: 16 set 2016.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. **Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS.** Physis. 2008, vol.18, n.4, pp. 645-684

WALDRON, Jeremy. **Law and Disagreement**. Oxford,1999. p.213.

WANG, Daniel Wei Liang. **Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF**. Revista Direito GV. São Paulo, jul-dez 2008, pp.539-568

# APÊNDICES

# APÊNDICE A – DEFINIÇÃO DE TERMOS

## 5.1. Definição de termos

**Assistência médico-domiciliar** – "é o atendimento ou tratamento domiciliar prestado em caráter excepcional, quando o estado de saúde do paciente contra-indicar sua remoção para uma Organização de Saúde, ou quando o paciente tiver parecer do Médico Perito da Corporação, recomendando o atendimento domiciliar". (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Assistência médico-hospitalar** – "é o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção a doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo serviços profissionais médicos e farmacêuticos, bem como o fornecimento, a aplicação e meios, os cuidados e demais atos médicos, paramédicos e fisioterápicos necessários, prestados em organização de saúde" (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006).

**Assistência odontológica** – "é o conjunto de ações que buscam a manutenção da saúde bucal, compreendendo os procedimentos e tratamentos autorizados, com vistas ao diagnóstico e intervenção nas manifestações bucais de doenças, bem como a prevenção dos impactos sistêmicos das doenças bucais." (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Assistência psicológica** – "compreende as atividades psicoterápicas de ludoterapia, psicoterapia individual e de grupo, reeducação psicomotora, sexologia, diagnóstico e intervenção sobre o campo psíquico associado a diversas patologias orgânicas reversíveis ou crônicas, priorizando a prática clínica interdisciplinar". (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Auditoria médica** – é a atividade da OMS que, por meio de atos médicos, destina-se a controlar e avaliar os recursos e procedimentos adotados, visando sua adequabilidade, correção, qualidade, eficácia e economicidade dos serviços prestados, em consonância com o Código de Ética Médica e a Resolução nº 1.614/2001, do Conselho Federal de Medicina. (EB, **Portaria nº 048-DGP**, 2008).

**Auditoria prévia** – é a auditoria realizada de forma preliminar, analisando as solicitações de procedimentos e exames feitas pelos profissionais de saúde habilitados, a fim de desencadear o processo de autorização mediante emissão da correspondente guia de encaminhamento. (EB, **Portaria nº 048-DGP**, 2008).

**Auditoria concorrente** - é a auditoria feita enquanto o paciente estiver hospitalizado ou sendo atendido de forma ambulatorial, enfocando os custos e a adequação dos serviços prestados. (EB, **Portaria nº 048-DGP**, 2008).

**Auditoria a posteriori** – é a auditoria feita após a alta do paciente ou término de seu atendimento, utilizando-se da análise dos documentos e relatórios diversos, incluindo os provenientes das auditorias concorrente e prévia, bem como das contas médicas propriamente ditas, a fim de identificar sua conformidade. (EB, **Portaria nº 048-DGP**, 2008).

**Beneficiários do fundo de saúde** – "são os militares, seus dependentes e pensionistas contribuintes para o Fundo de Saúde, bem como seus dependentes, os quais gozam do direito de usufruir os benefícios da assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social, custeada pelo Fundo de Saúde". (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Clínicas especializadas** – "são organizações de saúde ou profissionais de saúde autônomos conveniados, contratados ou credenciados pela Corporação, destinados ao atendimento específico de certos grupos de doenças ou doentes, em regime de internação ou ambulatorial". (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Consulta** – "é a entrevista do profissional de saúde com o paciente para fins de exame, diagnóstico e tratamento." (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Contribuintes** – "são os militares da ativa, na inatividade e pensionistas que contribuem para o Fundo de Saúde." (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**CBMDF** – Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, instituição essencial para a segurança pública e o desenvolvimento de ações de defesa civil, apresenta tais atribuições no ordenamento jurídico brasileiro, conforme art. 21 e art. 144, em seus §§ 5º e 6º, da Constituição Federal.

**Dependentes –** “são os definidos no artigo 34 da Lei nº 10.486, de 04 de julho de 2002.” (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Fundo de Saúde** – “é a concentração de recursos financeiros provenientes principalmente das contribuições e indenizações, destinada a complementar as dotações orçamentárias para a assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social dos seus beneficiários.” (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Judicialização da saúde** - “movimento de obtenção de atendimento médico ou de medicamentos pela via judicial”. (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**Sistema de Saúde da Corporação** – “é o conjunto de órgãos e instituições públicas ou particulares, prestadores de serviços de saúde aos beneficiários do Fundo de Saúde e aos usuários, compreendendo as organizações de saúde da Corporação, profissionais de saúde autônomos, ou aqueles por ela contratados, credenciados ou conveniados.” (BRASIL, **Decreto nº 26.876**, 2006)

**SUS** – Sistema Único de Saúde – O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, **Lei 8.080 de 1990**, art. 4º)

**Orçamento Público** – “Na clássica definição de Aliomar Baleeiro, orçamento consiste no ato pelo qual o Poder Legislativo prevê e autoriza ao Poder Executivo, por certo período e em pormenor, as despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos e outros fins adotados pela política econômica ou geral no país, assim como a arrecadação de receitas já criadas em lei.” (MORAES RAMOS, 2012, p.139)

**Administração Pública** – “Administração Pública é todo o aparelhamento do Estado, preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.” (MEIRELLES,1996).

# APÊNDICE B – ENTREVISTAS

## 5.1.1. ENTREVISTAS

### 5.1.1.1. Chefe da Seção de Auditoria.

Objetivo: entender o papel da auditoria frente ao fornecimento de tratamentos médicos de alto custo.

Pergunta 1: Quais são as atividades que a Auditoria faz hoje na Corporação?

Resposta: A gente tem 18 atividades elencadas que a Seção : OPME, Procedimentos cirúrgicos sem OPME; Auditoria de Contas in loco; auditoria de contas interna; controle de pacientes internados em Enfermarias e UTI's; medicamentos de alto custo; procedimentos oncológicos; estatísticas; perícias prévias; ressarcimentos; Home Care; análise de procedimentos de emergência; recursos de glosa, odontologias, imagem e procedimentos diversos que porventura não entram nesses outros já listados.

Pergunta 2: Existe alguma norma que contem essas atribuições?

Resposta: Não, essas são só atividades locais mesmo. Isso não está escrito, é a técnica.

Pergunta 3: São quantos auditores na Corporação?

Resposta: Na SEAUD há 5 médicos, 2 dentistas, e são 15 enfermeiros mais uns 5 administrativos.

Pergunta 4: Como é dividia a Auditoria?

Resposta:Tem essas 3 subseções SUAUD, SANCO e Secretaria.

A gente faz auditoria prospectiva, concorrente e retrospectiva,

Pergunta 5: Quanto é destinado para os tratamentos de alto custo?

Por exemplo, o orçamento de fundo de saúde de 2013 era de 52.005.204,00 em 2013, esses foram 38 milhões para rede credenciada, 10 milhoes para OPME's, a gente cortou 30 por cento do setor de OPME.

OPME é o nosso tratamento de alto custo. Uma cirurgia de coluna é 200 mil reais. Ortopedia tem mais emergência do que eletiva. Em 2015, 25 por cento de economia. De enfermagem, glosa de 10 por cento em média. No geral, com o trabalho de auditoria de glosa, economizamos em média 7,8 milhões por ano.

Quanto ao Perfil das OPMES, a Neurocirurgia consome mais dos recursos nas eletivas e menos nas emergenciais; Ortopedia : menos recursos nas eletivas e mais nas emergenciais; Cardiologia; menos nas eletivas e mais nas emergenciais.

Pergunta 7: Quais os principais problemas enfrentados pela Auditoria?

Resposta: Déficit fiscal e crise, diminuiu orçamento. As coisas aumentam, a inflação médica é maior do que a inflação real. Além disso há o aumento do número de vidas. Todo ano entra gente. Ano passado foi aberto para que os bombeiros colocassem os pais. De 2010 a 2014 houve um incremento de quase 6 mil pessoas sem incremento de orçamento. Hoje a auditoria está bem próximo do que seria o ideal. Infraestrutura não é nossa. A auditoria tem que ter um acesso difícil. Aqui é o ideal. A estrutura está boa, mas não é nossa. A internet cai muito, problema de fiação.

A gente não é uma operadora de saúde. Os credenciados querem tratar a gente como uma Amil da vida, mas o dinheiro não é nosso, é público. Se um hospital trabalhar com a Amil, ele consegue negociar mais valores, eu não consigo. A gente cumpre à risca a 8.666, o edital de credenciamento. Meu poder de negociação é baixo.

A gente segue a ANS, mas a gente não tem CNPJ. Todo ano eles lançam os rols e eles são seguidos. Temos um fundo de saúde. Não sei se tendo um CNPJ próprio as coisas poderiam melhorar. É como se a gente fosse um fundo de saúde com autogestão de porte médio (aproximadamente 30 mil vidas).

O ideal é que todos sejam concursados para a auditoria. Ninguém aqui fez concurso direto pra auditoria – o que deveria ser.

Pergunta 8: O que são tratamentos de alto custo?

Resposta: Não existe regra pra alto custo. OPME é muito caro, um setor sozinho que consome 20 por cento dos custos. O que for acima de 500 reais o valor unitário pode ser considerado de alto custo.

#### 5.1.1.2. Auditor caso M.G.E – Oficial Médico Oncologista do CBMDF

Objetivo: entender o imbróglio administrativo no caso M.G.E que levou à judicialização.

Pergunta 1: O que aconteceu no caso da paciente M.G.E?

Resposta: Essa paciente é uma paciente que tem o diagnóstico de um tumor no intestino e foi diagnosticada em aproximadamente meados do ano passado (2015). Ela fez uma solicitação de tratamento junto ao fundo de saúde do bombeiro porque além desse problema havia um problema semelhante que ela tinha também no pulmão e a solicitação foi feita e inicialmente foi tudo liberado para essa paciente. Ela faz com periodicidade e, após ela ter feito quatro aplicações com esse remédio, houve um relatório médico que o diagnóstico dela era na verdade distinto do que havia sido reportado previamente. Como houve a distinção do que havia sido reportado previamente, a gente fez um questionamento técnico pro médico assistente dela, questionando então o porquê da continuidade daquele tratamento. A gente solicitou que tivesse algumas confirmações técnicas, alguns dados científicos que motivassem a continuidade do tratamento dessa paciente. E como não houve um respaldo científico muito claro da parte do médico, esse tratamento não foi liberado de forma inicial, ficou como um tratamento pendente. Após algumas discussões cientificas e médicas com o médico assistente, sem trazer uma solução adequada para a parte cientifica técnica, houve uma entrada na justiça por parte dos familiares dessa usuária e houve uma concessão de obrigatoriedade do custeio do tratamento, por meio de um despacho de uma vara cível. É importante mencionar que não houve interrupção de tratamento. Ela fazia conjunção de 2 medicações distintas; 1 medicação não havia dúvida da indicação; o questionamento foi em cima da 2ª medicação que ela fazia uso. Como houve uma continuidade da solicitação dessas duas medicações e houve

divergência, a gente questionou o uso da 2 medicação. Em momento algum a gente questionou a 1ª mediação que era precisa e clara para o quadro clínico dela.

Pergunta 2: qual é o valor dessa medicação?

Resposta: Levando em consideração apenas o uso desse remédio adicional que foi solicitado, o custo adicional pro peso dessa paciente e pra dose que ela utiliza é de aproximadamente R$ 11.100,00 em cada aplicação. Considerando que essa paciente já fez mais 19 aplicações pelo cumprimento de uma decisão judicial que a gente está cumprindo, ela já deve ter utilizado um gasto adicional de mais ou menos R$ 210.000,00 nesse período desde julho do ano passado até o período atual, setembro de 2016.

#### 5.1.1.3. Assessor Jurídico da DISAU

Objetivo: entender a visão da Assessoria Jurídica frente à judicialização da saúde no CBMDF.

Pergunta 1: Como o Sr. vê o desempenho do sistema de saúde do CBMDF?

Resposta: O desempenho é muito bom considerando os recursos orçamentários e as peculiaridades que se tem para administrar o Fundo de Saúde.

Pergunta 2: O Sr conhece algum caso de judicialização da saúde que gerou grande repercussão na Diretoria de Saúde? Qual era o valor da causa?

Resposta: Casos de grandes repercussões até o presente momento não tivemos, o que existem são ações ou mandados de segurança discutindo supostas negativas de tratamentos médicos.

Com relação ao tratamento de alto custo, esses são analisados de forma eficaz pela auditoria onde se busca atender quase sempre os usuários, isso, com certeza, vem evitando a judicialização desses referidos tratamentos.

Pergunta 3: De maneira geral, qual a resposta do juiz frente aos casos? Quem judicializa normalmente ganha ou perde a causa?

Resposta: Como não tivemos ação judiciais envolvendo tratamentos de alto custo essa pergunta fica prejudicada nisso.

Já com relação às demais ações judiciais e o ativismo judicial na saúde, na maioria dos casos os juízes vem decidindo a favor dos usuários de saúde, porém há vários casos que o autor da ação judicial não obtém êxito no seu pleito.

Vale informar que, são poucos os casos de judicialização de tratamentos médicos na Corporação devido a boa administração que se tem do Sistema de Saúde.

Pergunta 4: O Sr conhece algum caso de tratamento médico que foi concedido administrativamente e que foi bastante oneroso para a administração?

Resposta: Não. Essa informação seria melhor obtida na Seção de Auditoria em Serviço de Saúde da Diretoria de Saúde.

Pergunta 5: De maneira geral, quais as principais dificuldades enfrentadas pela Assessoria Jurídica da DISAU?

Resposta: Atualmente não temos dificuldades em nossa atuação, havia tal dificuldade quando era somente um assessor jurídico, contudo, como foi disponibilizado mais um oficial para fazer o trabalho, tal dificuldade acabou e o serviço é prestado da melhor forma.

# APÊNDICE C

## Entre PARF 2011 – 2015

## Figura 24 - PARF 2011 – Custeio

| PROJETO | SETOR RESPONSÁVEL | CÓDIGO | ATIVIDADE | VALOR | REALIZADO |
|---|---|---|---|---|---|
| Treinamento e Capacitação | DISAU | CS.1 | Treinamento e capacitação dos militares da DISAU | 200.000,00 | 62.416,00 |
| Eventos Institucionais | | CS.2 | Congresso de Saúde dos CBM's e PM's | 250.000,00 | 0,00 |
| Aquisição de material médico hospitalar | | CS.3 | Material para funcionamento das Policlínicas e Laboratório | 2.700.000,00 | 2.324.465,42 |
| Ressarcimentos | | CS.4 | Ressarcimentos de despesas médicas | 100.000,00 | 0,00 |
| Exercícios anteriores | | CS.5 | Despesas de exercício anterior | 250.000,00 | 66.731,43 |
| Suprimento de fundos | | CS.6 | Concessão de Suprimentos de Fundos | 25.000,00 | 21.385,36 |
| Credenciamento | | CS.7 | Credenciamentos de Hospitais e Clínicas | 28.661.461,86 | 38.800.001,79 |
| Reserva de contingência | | CS.8 | Reserva | 750.000,00 | 0,00 |
| **SUBTOTAL DA MANUTENÇÃO (CUSTEIO)** | | | | **32.936.461,86** | **41.275.000,00** |

Fonte: DISAU.

## Figura 25 - PARF 2011 – Investimento

| PROJETO | SETOR RESPONSÁVEL | CÓDIGO | ATIVIDADE | VALOR | REALIZADO |
|---|---|---|---|---|---|
| Engenharia Civil | COMAP | IS.1 | Construção da Policlínica | 14.000.000,00 | 7.647.817,72 |
| | | IS.2 | Reforma do prédio da Diretoria de Saúde* | 1.000.000,00 | 0,00 |
| Equipamentos | DISAU | IS.3 | Aquisição de equipamentos | 5.300.000,00 | 652.182,28 |
| **SUBTOTAL DO INVESTIMENTO** | | | | **20.300.000,00** | **8.300.000,00** |

* O valor previsto nesta atividade, foi todo transferido para a atividade IS.1 conforme publicação no Boletim Geral n°059 de 28/03/2011.

Fonte: DISAU.

## Figura 26 – Dados

| ATIVIDADE | VALOR | REALIZADO | PERCENTUAL REALIZADO | JUSTIFICATIVA |
|---|---|---|---|---|
| Treinamento e capacitação dos militares da DISAU | 200.000,00 | 62.416,00 | 31,21% | Não houve solicitação em tempo hábil para a maioria dos cursos. O saldo remanescente foi direcionado para o credenciamento. |
| Congresso de Saúde dos CBM's e PM's | 250.000,00 | 0,00 | 0,00% | O Congresso de Saúde foi realizado mediante a verba de patrocínio da iniciativa privada. Saldo remanejado para o credenciamento. |
| Material para funcionamento das Policlínicas e Laboratório | 2.700.000,00 | 2.324.465,42 | 86,09% | A centralização das compras pelo GDF impõe ao CBMDF, as regras e a capacidade de licitar da Central de Compras. |
| Ressarcimentos de despesas médicas | 100.000,00 | 0,00 | 0,00% | Não houve demanda. Saldo remanejado para o credenciamento. |
| Despesas de exercício anterior | 250.000,00 | 66.731,43 | 26,69% | Previsão feita com base nas estimativas dos executores de contrato. Saldo também remanejado para o credenciamento. |
| Concessão de Suprimentos de Fundos | 25.000,00 | 21.385,36 | 85,54% | Toda demanda do exercício foi atendida. |
| **Credenciamentos de Hospitais e Clínicas** | **28.661.461,86** | **38.800.001,79** | **135,37%** | **Item 2.2 deste RG. Todo o saldo das outras demandas não utilizado foi remanejado para esta ação.** |
| Reserva | 750.000,00 | 0,00 | 0,00% | Não houve demanda. |
| Construção da Policlínica | 15.000.000,00* | 7.647.817,72 | 50,99% | Itens 2.2.3.4 e 2.4. |
| Aquisição de equipamentos | 5.300.000,00 | 652.182,28 | 12,31% | Itens 2.2.3.4 e 2.4. |
| **TOTAL** | **53.236.461,86** | **49.575.000,00** | **93,12%** | **R$ 4 milhões foram retomados pela gestão do FCDF, conforme itens 2.2.3.4 e 2.4.** |

Fonte: DISAU, 2011.

## Comparativo entre 2010/2011

Embora no exercício de 2010 os gastos com serviço de saúde tivessem uma realização em maior consonância com o planejado, basta uma análise simples para perceber que em 2011 a realização do plano foi muito mais complexa, uma vez que continha muito mais projetos e atividades. Em 2010, por exemplo, não havia a separação em entre compras e aquisições para funcionamento das policlínicas e cursos. Foram todos classificados como 'outras despesas correntes'.

**Exercício 2012**

**Figura 27 - Plano de Aplicação de Recursos Financeiros – PARF/2012 - INICIAL**

**ASSISTÊNCIA-MÉDICA – CUSTEIO E INVESTIMENTO**

| GRUPO | CÓD. | SETOR RESPONSÁVEL | ATIVIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CUSTEIO - SC | 1 | DISAU | AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA ÁREA DE SAÚDE | 4.536.314,00 |
| | 2 | DISAU | SERVIÇOS EM GERAL | 1.639.063,00 |
| | 3 | DISAU | CREDENCIAMENTO | 30.417.824,00 |
| | 4 | DISAU | CAPACITAÇÃO DE MILITARES | 482.000,00 |
| | 5 | DISAU | DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES, INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES | 200.000,00 |
| **TOTAL** | | | | **37.275.201,00** |

| GRUPO | CÓD. | SETOR RESPONSÁVEL | ATIVIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| INVESTIMENTO - SI | 6 | DISAU | AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE | 18.994.627,77 |
| | 7 | DISAU | REFORMA | 150.000,00 |
| | 8 | DISAU | OBRAS | 8.478.801,40 |
| **TOTAL** | | | | **27.623.429,17** |

Fonte: DISAU.

**Figura 28 – Plano de Aplicação de Recursos Financeiros – PARF/2012 – ALTERADO**

**ASSISTÊNCIA-MÉDICA – CUSTEIO E INVESTIMENTO***

| GRUPO | CÓDIGO | SETOR RESPONSÁVEL | ATIVIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CUSTEIO - SC | 1 | DISAU | AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA ÁREA DE SAÚDE | 4.536.314,00 |
| | 2 | DISAU | SERVIÇOS EM GERAL | 1.639.063,00 |
| | 3 | DISAU | CREDENCIAMENTO | 40.316.161,00 |
| | 4 | DISAU | CAPACITAÇÃO DE MILITARES | 482.000,00 |
| | 5 | DISAU | DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES, INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES | 200.000,00 |
| **TOTAL** | | | | **47.173.538,00** |

| GRUPO | CÓDIGO | SETOR RESPONSÁVEL | ATIVIDADE | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| INVESTIMENTO - SI | 6 | DISAU | AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE | 16.994.627,77 |
| | 7 | DISAU | REFORMA | 150.000,00 |
| | 8 | DISAU | OBRAS | 5.080.464,40 |
| **TOTAL** | | | | **22.225.092,17** |

*Alterado conforme publicação no Boletim Geral n°234 de 17/12/2012.

Fonte: DISAU.

**Figura 29 – Análise da realização do PARF 2012**

| ATIVIDADE | VALOR | REALIZADO | PERCENTUAL REALIZADO | JUSTIFICATIVA |
|---|---|---|---|---|
| AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA ÁREA DE SAÚDE | 4.536.314,00 | 3.140.377,53 | 69,23% | Processos de compras frustrados |
| SERVIÇOS EM GERAL | 1.639.063,00 | 486.670,11 | 29,69% | Processos de contratação Frustrados (053.002.063/2012 e 053.001.581/2012) |
| CREDENCIAMENTO | 40.316.161,00 | 46.504.843,18 | 115,35% | Item 2.4.1.2 |
| CAPACITAÇÃO DE MILITARES | 482.000,00 | 123.678,00 | 25,66% | Falta de demanda |
| AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE | 16.994.627,77 | 4.783.980,53 | 28,15% | Itens 2.4.1.2 e 3.2.5 |
| REFORMA | 150.000,00 | 0 | 0% | Itens 3.2.5 e 3.4.1.3 falta de pessoal |
| OBRAS | 5.080.464,40 | 2.074.701,47 | 40,84% | Itens 3.2.5 e 3.4.1.3 falta de pessoal e andamento regular da Obra do novo Prédio da POMED. |
| **TOTAL** | **69.398.630,17** | **57.114.250,82** | **82,30** | **Item 3.4.1.3** |

Fonte: DISAU.

## 2013

A redução da demanda total ocorreu pela diminuição do número de dependentes legais no sistema, conforme demonstrado acima, e o aumento deveu-se à nomeação de novos militares nos quadros do CBMDF selecionados por meio dos concursos em andamento, mantendo praticamente estável a quantidade total de usuários, em relação a 2012 (menos de 1% de diferença).

O PARF do exercício de 2013 foi publicado por meio da portaria CBMDF n° 59, de 14/11/2012, contudo, devido a licitações atrasadas, contingenciamento, aumento dos serviços proporcionados pelo novo edital, bem como problemas causados por

execução de contrato deficiente, algumas alterações foram necessárias para adequação do planejamento às adversidades.

A tabela a seguir contém o plano previsto e o realizado.

**Figura 30 – PARF 2013 – Custeio (INICIAL)**

| COD. | RESPONSÁVEL | DESPESA | SUBELEMENTO | DESCRIÇÃO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| CS1 | DISAU | 33.90.39 | 65 - Serviços de apoio ao ensino | Cursos | 114.000,00 |
| CS2 | DISAU | 33.90.39 | 65 - Serviços de apoio ao ensino | Curso de mestrado em economia | 18.822,80 |
| CS3 | DISAU | 33.90.39 | 65 - Serviços de apoio ao ensino | Cursos em andamento | 90.000,00 |
| CS4 | DISAU | 33.90.39 | 10 - Locação de imóveis | Locação de espaço para desenvolvimento de atividades | 30.000,00 |
| CS5 | POMED | 33.90.39 | 20 - Manutenção e conservação de bens móveis | Manutenção de equipamentos médicos e hospitalares | 100.000,00 |
| CS6 | POMED | 33.90.39 | 50 - Serviço médico-hospitalar, odontológico e laboratorial | Credenciamentos de hospitais e clínicas | 28.622.850,73 |
| CS7 | POMED | 33.90.30 | 43 - Material para reabilitação profissional | Material de consumo - Reabilitação Física | 8.229,96 |
| CS8 | POMED | 33.90.30 | 36 - Material hospitalar | Material de consumo - Policlínica | 208.000,00 |
| CS9 | POMED | 33.90.39 | 46 - Serviços domésticos | Lavanderia | 60.000,00 |
| CS10 | Laboratório | 33.90.39 | 99 - Outros serviços | Controle de qualidade do Laboratório de Análises Clínicas | 4.547,28 |
| CS11 | Laboratório | 33.90.39 | 95 - Manutenção, conservação e instalação de equipamentos de processamento de dados | Manutenção de software de interfaceamento | 50.000,00 |
| CS12 | Laboratório | 33.90.30 | 35 - Material Laboratorial | Reagentes - Laboratório | 2.600.000,00 |
| CS13 | Laboratório | 33.90.30 | 35 - Material Laboratorial | Material de consumo - Laboratório | 250.000,00 |
| CS14 | PODON | 33.90.37 | 01 - Apoio administrativo, técnico e operacional | Serviço de apoio técnico especilizado na área de odontologia | 956.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CS15 | PODON | 33.90.39 | 50 - Serviço médico-hospitalar, odontológico e laboratorial | Serviço de monitoramento de dosagem de radiação | 10.000,00 |
| CS16 | PODON | 33.90.39 | 50 - Serviço médico-hospitalar, odontológico e laboratorial | Credenciamento em radiologia oral e laboratórios de prótese | 200.000,00 |
| CS17 | PODON | 33.90.39 | 20 - Manutenção e conservação de bens móveis | Manutenção de equipamentos odontológicos | 250.000,00 |
| CS18 | PODON | 33.90.30 | 36 - Material hospitalar | Material de consumo - PODON | 622.283,29 |
| CS19 | CECAF | 33.90.39 | 65 - Serviços de apoio ao ensino | Curso de especialização em Treinamento Físico Militar | 50.000,00 |
| CS20 | CECAF | 33.90.39 | 65 - Serviços de apoio ao ensino | Curso lato sensu em Treinamento Físico Militar | 200.000,00 |
| CS21 | CEABM | 33.90.39 | 99 - Outros serviços | Instalação de equipamentos | 5.100,00 |
| CS22 | CEABM | 33.90.39 | 99 - Outros serviços | Elaboração de projeto acústico do Templo | 45.000,00 |
| CS23 | CECAF | 33.90.30 | 43 - Material para reabilitação profissional | Material de consumo - CECAF | 167.422,94 |
| CS24 | DISAU | 33.90.92 | 92 - Despesas de exercícios anteriores | Reconhecimento de dívida | 210.000,00 |
| CS25 | DISAU | 33.90.93 | 05 - Ressarcimentos | Ressarcimentos | 100.000,00 |
| CS26 | DISAU | 33.90.30 | 64 - Despesa de pronto pagamento | Suprimento de fundos - material | 40.000,00 |
| CS27 | DISAU | 33.90.39 | 64 - Despesa de pronto pagamento | Suprimento de Fundos - serviços | 20.000,00 |
| CS28 | DISAU | 33.90.00 | Reserva de Contingência | Reserva de Contingência | 4.000.000,00 |
| **TOTAL** | | | **39.032.257,00** | | |

Fonte: DISAU.

## Figura 31 – PARF 2013 – Investimento (INICIAL)

| COD. | RESPONSÁVEL | DESPESA | SUBELEMENTO | DESCRIÇÃO | VALOR 2013 |
|---|---|---|---|---|---|
| IS1 | POMED | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Equipamentos diversos | 11.099,05 |
| IS2 | POMED | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Equipamentos de imagem | 2.000.000,00 |
| IS3 | POMED | 44.90.52 | 42 - Mobiliário em geral | Mobiliário - Nova Policlínica | 967.747,00 |
| IS4 | POMED | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Equipamentos diversos - Reabilitação Física | 156.868,84 |
| IS5 | PODON | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Material permanente | 281.589,00 |
| IS6 | CEABM | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Sistema de som e imagem | 6.700,00 |
| IS7 | CEABM | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Equipamentos diversos | 2.220,00 |
| IS8 | CEABM | 44.90.52 | 51 - Peças Não Incorporáveis a Imóveis | Persianas de alumínio | 4.500,00 |
| IS9 | CECAF | 44.90.52 | 08 - Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológicos, laboratorial e hospitalar | Equipamentos diversos | 533.421,10 |
| IS10 | DISAU | 44.90.51 | 02 - Edificação | Obras | 4.928.802,01 |
| IS11 | CECAF | 44.90.51 | 05 - Instalações | Torre de arbitragem e depósito de atletismo | 80.000,00 |
| IS12 | DISAU | 44.90.00 | Reserva de Contingência | Reserva de Contingência | 4.000.000,00 |
| **TOTAL** | | | | | **12.972.947,00** |

Fonte: DISAU.

**Figura 32 – Análise da realização do PARF 2013**

| CÓD. | ATIVIDADE | VALOR PREVISTO | REALIZADO | PERCENTUAL REALIZADO | JUSTIFICATIVA |
|---|---|---|---|---|---|
| CS1 | Cursos | 114.000,00 | 19.600,00 | 17,19% | Não apresentação de projeto básico. |
| CS2 | Curso de mestrado em economia | 18.822,80 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS3 | Cursos em andamento | 90.000,00 | 102.009,00 | 113,34% | Conforme o planejado |
| CS4 | Locação de espaço para desenvolvimento de atividades | 30.000,00 | 0,00 | 0% | Mudança de prioridade. |
| CS5 | Manutenção de equipamentos médicos e hospitalares | 100.000,00 | 67.987,73 | 67,99% | Conforme o planejado |
| CS6 | Credenciamentos de hospitais e clínicas | 28.622.850,73 | 38.988.025,42* | 136,21% | Conforme Item 2.3 |
| CS7 | Material de consumo - Reabilitação Física | 8.229,96 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS8 | Material de consumo - Policlínica | 208.000,00 | 109.834,90 | 52,81% | Não apresentação de projeto básico e Itens desertos em licitações. |
| CS9 | Lavanderia | 60.000,00 | 0,00 | 0% | Valor superestimado. |
| CS10 | Controle de qualidade do Laboratório de Análises Clínicas | 4.547,28 | 1.259,04 | 27,69% | Contratação ocorrida somente em novembro/2013. |
| CS11 | Manutenção de software de interfaceamento | 50.000,00 | 0,00 | 0% | Processo não licitado pela DICOA. |
| CS12 | Reagentes - Laboratório | 2.600.000,00 | 2.335.021,78 | 89,80% | Conforme o planejado |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CS13 | Material de consumo - Laboratório | 250.000,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS14 | Serviço de apoio técnico especilizado na área de odontologia | 956.000,00 | 360.487,49 | 37,7% | Contratação só ocorreu em julho de 2013. |
| CS15 | Serviço de monitoramento de dosagem de radiação | 10.000,00 | 0,00 | 0% | Contrato não entrou em execução em 2013. |
| CS16 | Credenciamento em radiologia oral e laboratórios de prótese | 200.000,00 | 0,00 | 0% | Valor Remanejado para o Credenciamento CS6 por sobreposição de ação. |
| CS17 | Manutenção de equipamentos odontológicos | 250.000,00 | 118.387,43 | 47,35% | Conforme o planejado |
| CS18 | Material de consumo - PODON | 622.283,29 | 380.276,12 | 61,11% | Itens desertos em licitações. |
| CS19 | Curso de especialização em Treinamento Físico Militar | 50.000,00 | 30.100,00 | 60,20% | Conforme o planejado |
| CS20 | Curso lato sensu em Treinamento Físico Militar | 200.000,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS21 | Instalação de equipamentos | 5.100,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS22 | Elaboração de projeto acústico do Templo | 45.000,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS23 | Material de consumo - CECAF | 167.422,94 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico |
| CS24 | Reconhecimento de dívida | 210.000,00 | 2.628,63 | 1,25% | Conforme ocorrências no exercício. |
| CS25 | Ressarcimentos | 100.000,00 | 0,00 | 0% | Não houve ocorrência |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CS26 | Suprimento de fundos - material | 40.000,00 | 13.389,46** | 33,47% | Conforme o planejado |
| CS27 | Suprimento de Fundos - serviços | 20.000,00 | 3.250,00** | 16,25% | Conforme o planejado |
| CS28 | Reserva de Contingência | 4.000.000,00 | 0,00 | 0% | Criado para atender demandas eventuais que não constam no PARF. |
| IS1 | Equipamentos diversos | 11.099,05 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS2 | Equipamentos de imagem | 2.000.000,00 | 362.268,93 | 18,11% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS3 | Mobiliário - Nova Policlínica | 967.747,00 | 84.900,00 | 8,77% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS4 | Equipamentos diversos - Reabilitação Física | 156.868,84 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS5 | Material permanente | 281.589,00 | 203.209,09 | 72,17% | Conforme o planejado |
| IS6 | Sistema de som e imagem | 6.700,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS7 | Equipamentos diversos | 2.220,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| IS8 | Persianas de alumínio | 4.500,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS9 | Equipamentos diversos | 533.421,10 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS10 | Obras | 4.928.802,01 | 16.301.916,18 | 249,59% | Andamento Normal |
| IS11 | Torre de arbitragem e depósito de atletismo | 80.000,00 | 0,00 | 0% | Não apresentação de projeto básico - valor remanejado para a obra da POMED |
| IS12 | Reserva de Contingência | 4.000.000,00 | 8.315,00 | 0% | Criado para atender demandas eventuais que não constam no PARF. |
| **TOTAL** | | **52.005.204,00** | **59.492.866,20** | **114,40%** | |

*Valor atendido com Superávit Financeiro, conforme item 2.3 e 4.1.

**Valores distribuídos entre outros subelementos no SIAFI.

Fonte: DISAU.

## Figura 33 – PARF 2015 – Custeio

| RESPONSÁVEL | COD. | Descrição | VALOR |
|---|---|---|---|
| PODON | CS-01 | Auxiliares de Odontologia | 860.000,00 |
| POMED | CS-02 | Manutenção de Software e Interfaceamento do Laboratório | 50.000,00 |
| POMED | CS-03 | Medicamento | 100.000,00 |
| CECAF | CS-04 | Material Esportivo | 20.500,00 |
| PODON | CS-05 | Manutenção de Equipamentos odontológicos | 175.000,00 |
| POMED | CS-06 | Manutenção de Equipamentos da POMED e Fisioterapia | 505.000,00 |
| POMED | CS-07 | Kits Reagentes | 3.277.000,00 |
| PODON | CS-08 | Material Odontológico | 500.000,00 |
| POMED | CS-09 | Material Hospitalar | 500.000,00 |
| DISAU | CS-10 | Credenciamento de Clínicas e Hospitais - DF | 40.029.257,00 |
| POMED | CS-11 | Auditores em saúde | 100.00,00 |
| POMED | CS-12 | Serviço de monitoramento e dosagem de radiação | 12.500,00 |
| **TOTAL - Custeio** | | | **46.029.257,00** |

Fonte: BG 226 e SIAFI-2015.

## Figura 34 – PARF 2015 – Investimento

| RESPONSÁVEL | COD. | DESCRIÇÃO | VALOR 2013 |
|---|---|---|---|
| POMED | IS-1 | Aquisição de Equipamentos | 875.947,00 |
| POMED | IS-2 | Mobiliário | 0,00 |
| POMED | IS-3 | Obra da POMED | 5.000.000,00 |
| **TOTAL - Investimento** | | | **5.875.947,00** |

Fonte: BG 226 e SIAFI-2015.

## Figura 35 – Análise da realização do PARF 2014

| CÓD. | ATIVIDADE | VALOR PREVISTO | REALIZADO | PERCENTUAL REALIZADO | JUSTIFICATIVA |
|---|---|---|---|---|---|
| CS-01 | Auxiliares de Odontologia | 860.000,00 | 880.260,79 | 102,36% | Conforme o planejado. |
| CS-02 | Manutenção de Software e Interfaceamento do Laboratório | 50.000,00 | 0,00 | 0,00% | A empresa que realizava a manuenção do software faliu o que imposibilitou a realização da atividade. |
| CS-03 | Medicamento | 100.000,00 | 4.949,78 | 4,95% | Licitações frustradas. |
| CS-04 | Material Esportivo | 20.500,00 | 4.992,25 | 24,35% | Licitações frustradas. |
| CS-05 | Manutenção de Equipamentos odontológicos | 175.000,00 | 47.266,30 | 27,01% | Conforme o planejado. Previsão com base na entrega da nova POMED. |
| CS-06 | Manutenção de Equipamentos da POMED e Fisioterapia | 505.000,00 | 86.798,12 | 17,19% | Conforme o planejado. Previsão com base na entrega da nova POMED. |
| CS-07 | Kits Reagentes | 3.277.000,00 | 3.256.961,80 | 99,39% | Conforme o planejado. |
| CS-08 | Material Odontológico | 500.000,00 | 288.287,14 | 57,66% | Licitações frustradas. |
| CS-09 | Material Hospitalar | 500.000,00 | 77.753,20 | 15,55% | Não apresentação de projeto básico e Licitações frustradas. |
| CS-10 | Credenciamento de Clínicas e Hospitais - DF | 40.029.257,00 | 51.887.916,80 | 129,62% | Conforme o planejado. Demanda com crescimento inesperado. |
| CS-11 | Auditores em saúde | 100.00,00 | 0,00 | 0,00% | Não apresentação de projeto básico. |
| CS-12 | Serviço de monitoramento e dosagem de radiação | 12.500,00 | 0,00 | 0,00% | Não houve contratação. |
| CS-13 | Material Técnico p/ Seleção e Treinamento | 0,00 | 7.951,20 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-14 | Material de Limpeza e Prod. de Higienização | 0,00 | 37.954,39 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-15 | material p/ Manutenção de Bens Móveis | 0,00 | 147.671,33 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-16 | Material de Proteção e Segurança | 0,00 | 125.124,90 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-17 | Material p/ Áudio, Vídeo e Foto | 0,00 | 6.187,08 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CS-18 | Material p/ Reabilitação Profissional | 0,00 | 16.877,31 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-19 | Locação de Máquinas e Equipamentos | 0,00 | 4.121,47 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-20 | Serviços Domésticos | 0,00 | 36.752,00 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-21 | Serviço de Seleção e Treinamento | 0,00 | 2.640,00 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| CS-22 | Reserva de Contingência | 0,00 | 8.208.791,14 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS-1 | Aquisição de Equipamentos Médicos | 875.947,00 | 516.492,47 | 58,96% | Conforme o planejado e Licitações frustradas |
| IS-2 | Móveis da POMED | 0,00 | 48.744,85 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS-3 | Aparelhos de Medição e Orientação | 0,00 | 493,60 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS-4 | Veículos de Tração Mecânica | 0,00 | 782.982,00 | N/A | Incluído no PARF conforme a Demanda |
| IS5 | Obras e Instalações | 5.000.000,00 | 1.357.957,94 | 27,16% | Conforme o planejado. |
| **TOTAL** | | 51.905.204,00 | 67.835.927,86 | 130,69% | Só foi possível atender a demanda devido à suplementação orçamentária conforme 2015NC000113 e 2015NC000123 do FCDF para esta UPC |

Fonte: DISAU.