

## Sumário

Apresentação .....	19
<b>SAÚDE PÚBLICA, APRECIATIVIDADE E DISCRICIONARIEDADE NA ÁREA DA SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
<i>André Saddy</i>	
Introdução .....	21
1. Breve histórico normativo da saúde no Brasil .....	23
2. Saúde como direito fundamental e social e o respeito à dignidade da pessoa humana.....	28
3. Enfoque público e privado da saúde .....	29
4. Saúde pública como serviço público não privativo.....	31
5. Saúde pública como intervenção participativa impositiva do Estado na ordem social.....	34
6. Profissionais da área da saúde enquanto agentes públicos.....	36
6.1 A legitimidade social e da legalidade administrativa da prática médica .....	39
7. Tomada de eleição ou decisão do profissional da área da saúde: processos, métodos e técnicas .....	42
8. Subjetividades ou autonomias públicas dos profissionais da área da saúde .....	61
Conclusões .....	72
Referências .....	73
<b>SUBJETIVIDADES PÚBLICAS NA BASE DE CÁLCULO DO PERCENTUAL MÍNIMO ORÇAMENTÁRIO A SER APLICADO PELOS ESTADOS NA SAÚDE PÚBLICA: análise dos artigos 3º e 4º da Lei Complementar 141/2012.....</b>	<b>79</b>
<i>Flávio de Araújo Willeman</i>	
Introdução .....	80
1. Subjetividades Públicas.....	85

*DISCRICIONARIEDADE NA ÁREA DA SAÚDE*

1.1. Vinculação e discricionariedade .....	85
1.2. Espaço de livre apreciação de conceitos jurídicos indeterminados .....	88
1.3. Teoria da Apreciatividade versus Discricionariedade.....	89
2. Subjetividades públicas interpretativas nos artigos 3º e 4º da Lei Complementar n. 141/2012 .....	92
2.1. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária (inciso I do artigo 3º da LC 141/12).....	93
2.2. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais (inciso II do artigo 3º da LC 141/12) .....	95
2.3. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (inciso III do artigo 3º da LC 141/12) .....	101
2.4. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS (inciso IV do artigo 3º da LC 141/12) .....	102
2.5. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico- odontológicos (inciso IV do artigo 3º da LC 141/12) .....	103
2.6. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas na Lei Complementar (inciso VI do artigo 3º da LC 141/12) .....	105
2.7. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos (inciso VII do artigo 3º da LC 141/12) .....	107
2.8. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças (inciso VIII do artigo 3º da LC 141/12) .....	107
2.9. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de	

estabelecimentos públicos de saúde (inciso IX do artigo 3º da LC 141/12) .....	109
2.10. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais (inciso X do artigo 3º da LC 141/12) .....	110
2.11. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde (inciso XI do artigo 3º da LC 141/12) .....	112
2.12. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (inciso XII do artigo 3º da LC 141/12) .....	113
Conclusão .....	114
Referências .....	115
<b>SUBJETIVIDADES PÚBLICAS NA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS DA ÁREA MÉDICA: uma análise a partir de casos julgados pelos tribunais regionais federais .....</b>	<b>117</b>
<i>Rodrigo Garrido Dias</i>	
Introdução .....	117
1. As Diferentes Espécies de Subjetividades Públicas .....	119
1.1. Liberdade de Conformação ou Configuração .....	121
1.2. Discricionariedade em sentido técnico-jurídico .....	122
1.3. Apreciatividade administrativa .....	125
1.4. Margem de livre apreciação dos conceitos jurídicos indeterminados .....	126
2. Atuação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina .....	127
2.1 Natureza e Atribuições dos Conselhos .....	127
2.2 Processo Disciplinar nos Conselhos Federal e Regionais .....	130
2.2.1 Disposições Gerais .....	131
2.2.2 Sindicância .....	132
2.2.3 Processo Ético-Profissional .....	133
2.2.4 Recursos .....	134

3. Identificação das subjetividades públicas na atuação do CFM e dos CRM's .....	135
3.1 Atribuições normativas dos Conselhos .....	136
3.2 Atribuições judicantes dos Conselhos .....	138
3.2.1 TRF da 1a Região .....	138
3.2.2 TRF da 3a Região .....	146
3.2.3 TRF da 5a Região .....	154
Considerações finais .....	155
Referências .....	155

A LIBERDADE DE ATUAÇÃO DOS MÉDICOS DIRETORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS PARA A EDICÃO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO .....	159
--	-----

*Eduardo Langoni de Oliveira Filho*

Introdução .....	159
1. As direções técnica e clínica .....	164
1.1 Os hospitais e o cargo de direção .....	164
1.2 Atribuições dos cargos de diretor técnico e diretor clínico .....	167
1.3 A posição do Diretor dentro da escala de tomadores de decisão .....	170
2. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) .....	172
2.1 Definição .....	172
2.2 Objetivos .....	176
2.3 A vinculatividade do POP e a autovinculação .....	178
3. Análise das subjetividades públicas .....	181
3.1 Elementos introdutórios .....	181
3.2 A discricionariedade e a atuação do Diretor .....	183
3.3 A insuficiência dos conceitos jurídicos indeterminados enquanto fonte da autonomia do diretor .....	186
3.4 As categorias que conferem a subjetividade do diretor da Unidade Hospitalar .....	190
3.5 Uma última possibilidade: a “não liberdade” como fruto de uma atuação vinculada .....	197

Conclusões .....	202
Referências .....	204

**O EXERCÍCIO DAS SUBJETIVIDADES PÚBLICAS PELO  
GESTOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) .....**209

*Rodrigo da Fonseca Chauvet*

Introdução .....	209
1. Conceito, finalidade e estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS) .....	212
2. O papel do gestor da UBS .....	215
3. A dupla caracterização do gestor da UBS: supervisor ( <i>supervisor</i> ) e agente de campo ou das ruas ( <i>street level bureaucrat</i> ). .....	218
4. As subjetividades públicas e seu exercício pelo gestor da UBS	223
4.1 As atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde e a potencial incidência da liberdade de conformação e/ou da apreciatividade .....	229
4.2 As atividades ligadas à preparação e manutenção da infraestrutura e gerência da UBS em si e a potencial incidência da liberdade de conformação, da discricionariedade e/ou da apreciatividade .....	230
4.3 As atividades educativas voltadas para a saúde e a realização e participação em palestras e eventos em saúde e a potencial incidência da liberdade de conformação .....	231
4.4 As atividades próprias de enfermagem e tratamentos peculiares e a potencial incidência da liberdade de conformação, da discricionariedade e/ou da apreciatividade .....	232
Conclusões .....	233
Referências .....	235

**A SUBJETIVIDADE NA ATUAÇÃO DO MÉDICO  
GINECOLOGISTA OBSTETRA DURANTE O TRABALHO DE  
PARTO .....**237

*Mariana Cristina Monteiro Milani Rodrigues*

Introdução .....	237
1. Subjetividades públicas .....	240
2. O profissional de medicina.....	244
2.1 O médico ginecologista e obstetra: características e atuação...	244
3. As possíveis escolhas durante o trabalho de parto .....	249
3.1 Parto Normal x Parto Cesárea .....	249
3.2 A subjetividade na atuação médica durante o trabalho de parto na escolha da via de parto .....	255
3.3 Procedimentos realizados durante o trabalho de parto: violência obstétrica, ocitocina, episiotomia, fórceps, manobra de kristeller e balão ou sonda .....	258
3.4 A subjetividade na atuação médica durante os procedimentos realizados durante o trabalho de parto .....	264
Conclusões .....	266
Referências .....	267

AS SUBJETIVIDADES NA ATUAÇÃO DO MÉDICO PÚBLICO NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM RESPEITO ÀS LISTAS DO SUS .....

*Renato Barcellos de Souza*

Introdução .....	274
1. Das listas de medicamentos autorizados .....	277
1.1 Uma questão para os nossos tempos: deveria o critério econômico-orçamentário ser utilizado como limitador da autonomia médica? .....	283
2. Das subjetividades dos médicos públicos na prescrição de medicamentos .....	289
2.1 Do problema do enquadramento dos médicos públicos como <i>street-level bureaucrats</i> .....	289
2.2 Breve anotação quanto à arbitrariedade do médico público ....	294
3. As opções dos médicos públicos e suas SUBJETIVIDADES ..	294
3.1 A situação .....	294
3.1 Atender ou não o paciente .....	297

3.2 Atender o paciente e optar por não prescrever nenhuma medicação.....	298
3.3 Caso o médico opte por prescrever medicação .....	299
3.3.1 Há apenas um medicamento julgado adequado pelo médico na(s) lista(s) do SUS.....	299
3.3.2 O medicamento julgado adequado pelo médico não existe na(s) lista(s) do SUS, mas existe no mercado brasileiro e foi aprovado pela ANVISA .....	300
3.3.3 O medicamento julgado adequado não existe na lista do SUS, mas existe no mercado internacional sem ter sido aprovado pela ANVISA.....	303
3.3.4 Não existe medicamento aprovado para o tratamento do paciente em questão .....	304
3.3.5 Há mais de uma opção pelo SUS de medicamentos para o paciente em questão .....	305
3.3.6 O medicamento ideal não existe na(s) lista(s) do SUS, mas há um similar nas listas autorizadas que pode vir a resolver o problema .....	306
3.3.7 O médico discorda da apresentação do medicamento que consta da lista de referência em favor de uma outra, não constante do sistema.....	306
3.3.8 O paciente tem sua própria opinião a respeito do tratamento .....	307
3.3.8.1 A opinião do paciente quanto ao tratamento tem respaldo científico, e consta do rol do SUS .....	308
3.3.8.2 A opinião do paciente quanto ao tratamento tem respaldo científico, mas não consta do rol do SUS .....	308
3.3.8.3 A opinião do paciente não tem respaldo científico .....	308
3.3.9 O paciente sofre de doença grave, sem prognóstico de cura.	309
3.3.9.1 O paciente quer iniciar/continuar (com) um tratamento que não lhe trará benefícios .....	309
3.3.9.2 O paciente quer abandonar o tratamento.....	309
Conclusões .....	310

Referências .....313

**AS SUBJETIVIDADES DOS PROFISSIONAIS NAS CLASSIFICAÇÕES DE RISCOS (“TRIAGENS”) REALIZADAS EM PACIENTES DE UPAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO..319**

*Dayane Aguiar Teixeira*

Introdução .....319

1. Níveis hierárquicos no Sistema Único de Saúde.....322

2. Unidades de pronto atendimento .....323

3. Classificação de risco .....325

3.1 Conceito .....325

3.2 Origem do termo .....326

4. Acolhimento, classificação de riscos e legislação atinente .....328

4.1 Profissionais habilitados.....334

5. Análise dos tipos de subjetividades públicas .....335

5.1 Liberdade de conformação ou configuração .....337

5.2 Discricionariedade em sentido técnico-jurídico .....338

5.3 Margem de livre apreciação dos Conceitos Jurídicos Indeterminados .....340

5.4 Apreciatividade .....342

6. Sistemas existentes para classificação de riscos .....343

7. O protocolo adotado no Brasil .....348

8. Jurisprudências .....353

9. As subjetividades observadas na atuação dos enfermeiros nas UPAs .....355

Considerações finais.....359

Referências .....360

**A SUBJETIVIDADE PÚBLICA NOS LIMITES DA VIDA: uma análise das escolhas médicas diante da ortotanásia e mistanásia ...369**

**Rafael Bitencourt Carvalhaes.....369**

Introdução .....369

1. A morte e seus conceitos técnicos e jurídicos: eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia .....371



1.1 Eutanásia e suas modalidades .....	372
1.2 A distanásia como violação da dignidade do paciente .....	373
1.3 Da ortotanásia e sua regulamentação no direito brasileiro.....	374
1.3.1 O problema da vinculação e constitucionalidade das resoluções do CFM .....	376
2. A discricionariedade médica potencial e efetiva nos casos da ortotanásia .....	388
4. A mistanásia e a aprecitividade administrativa na atuação médica .....	396
Conclusão .....	404
Referências .....	406
<b>SUBJETIVIDADE DO MÉDICO-PERITO PREVIDENCIÁRIO ...</b>	<b>411</b>
<i>Juliano de Oliveira Pinto</i>	
Introdução .....	411
1. Perícia médica .....	414
1.1 Perícia médica previdenciária .....	417
2. Médico-perito .....	419
2.1 Médico-perito previdenciário .....	425
3. Subjetividades do médico-perito previdenciário .....	428
3.1 Modalidades de subjetividade ou autonomia do médico-perito previdenciário .....	430
3.1.1 Liberdade de conformação ou configuração .....	431
3.1.2 Discricionariedade administrativa .....	432
3.1.3 Margem de livre apreciação dos conceitos jurídicos indeterminados .....	437
3.1.4 Apreciatividade administrativa .....	442
Conclusões .....	449
Referências .....	451
<b>A SUBJETIVIDADE DO ENFERMEIRO EM RECUSAR-SE A REALIZAR UMA DETERMINAÇÃO MÉDICA.....</b>	<b>455</b>
<i>Iago Vasconcellos Macello Figueiredo</i>	

*DISCRICIONARIEDADE NA ÁREA DA SAÚDE*

Introdução .....	455
1. Administração Pública .....	457
2. Subordinação na Administração Pública .....	459
3. Aproximações e distanciamentos entre a enfermagem e a medicina .....	463
4. Subjetividades/Autonomias da Administração Pública .....	465
5. Normas que permeiam os profissionais de enfermagem.....	469
Considerações finais.....	477
Referências .....	478