



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

RENAN GUIMARÃES DE OLIVEIRA

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA-MG:
Um Estudo de Caso**

**Juiz de Fora
2014**

RENAN GUIMARÃES DE OLIVEIRA

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA-MG:
Um Estudo de Caso**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Auta Iselina Stephan Souza.

**Juiz de Fora
2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo autor

Oliveira, Renan Guimarães de.
JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA-MG: Um Estudo de Caso / Renan Guimarães de Oliveira. -- 2014.
156 f. : il.

Orientadora: Auta Iselina Stephan Souza
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Direito à saúde. 3. Judicialização. I. Souza, Auta Iselina Stephan, orient. II. Título.

RENAN GUIMARÃES DE OLIVEIRA

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA-MG:
Um Estudo de Caso**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 21/02/2014.

Auta Iselina Stephan Souza - UFJF

Felipe Dutra Asensi - FGV

Rita de Cássia Padula Alves Vieira - UFJF

Papai e Mamãe,
excentricidades da minha vida.

Margarete,
pelo amor que não se mede e não se repete.

Marina,
meu porto seguro
onde atraquei a minha vida
percebi que o amor e o oceano são infinitos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades oferecidas na vida, trajetória acadêmica e profissional.

À orientação tranquila e generosa da Professora Doutora Auta Iselina Stephan Souza, pela atenção e paciência desprendidas. Amiga, companheira e referência que quero levar como exemplo para a vida.

Aos docentes do Curso de Mestrado, responsáveis pela construção dos alicerces da minha prática acadêmica e profissional em saúde coletiva.

À Professora Maria Teresa (Teíta), Coordenadora do Curso de Mestrado, por ser compreensiva, atenciosa e acessível ao corpo discente.

Aos funcionários do NATES, por serem atenciosos e prestativos, especialmente à Elisângela Martins.

Aos colegas do curso, pelo alegre e bem humorado convívio, especialmente à Luana, à Paloma e à Elisa, pelo companheirismo, força e amizade durante todo o curso.

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, especialmente à Gerência Regional de Saúde de Leopoldina, por todo o campo de práticas que me conduziram à academia e à profissão.

À Maria Emilia, pela amizade, contribuição, formação, exemplo e companheirismo. Sanitarista nata, da gema, exemplo de dedicação ao SUS.

Aos amigos da GRS/Leopoldina, que me apoiaram neste projeto acadêmico, especialmente à Maria Cristina, pelo incentivo e oportunidade incondicional. Willian, Lutianni, Vanessa Pires, Daniela Resende, Marina Costa, Valdir e Oberdan pelo companheirismo, contribuições tempestivas e acolhedoras.

Aos amigos de sempre da fisioterapia, especialmente ao Luciano Andrade, à Andrea Rebecca, ao Gustavo Alonso, ao Marcelo, ao Vinicius, ao Juarez, ao Bruno, ao Diego, à Luciana Loureiro, à Gabriela Zanatta, à Larissa, à Ana Carla, à Gabriela Braga, à Isabella, à Simone Salomão e ao Ricardo Miguelote. Com vocês aprendi muito sobre ética, profissão, comprometimento, amizade e dedicação, qualidades certamente eternizadas neste trabalho.

Ao meu primeiro exemplo para o mestrado: Léo, primo, irmão e companheiro de sempre. Valeu por todas as dicas. Conseguimos!

Ao amigo Tiago "Jobs" Abreu, pela supremacia das discussões e sugestões com os dados.

Ao Amigo Fernandinho, pelas informações, sugestões, conhecimentos do campo do direito e força na condução de toda a pesquisa.

Às pessoas entrevistadas neste trabalho, pela disponibilidade em compartilhar de suas experiências comigo.

Aos meus pais, pela luta, amor, carinho, amizade, compreensão, amparo, proteção, garra, determinação e esperança. A cada dia canto para vocês: "Tantos anos já ficaram para trás, hoje estou em paz, espero muito mais. Aqueles que me deram a vida tenham garantida a condição de que já sou capaz" (Primos da Cida). Vocês são especiais em tudo.

À minha Margarete, pelo apoio incondicional e incansável em toda minha trajetória de vida, pela qual sou muito grato a Deus por tê-la colocado no meu caminho.

À minha Marina, pela amizade, amor, carinho, compreensão e reflexão sobre os verdadeiros valores de uma vida.

A minha irmã, que sempre esteve ao meu lado em tudo.

A toda minha família, pela amizade, companheirismo e exemplos de vida. Em especial aos meus padrinhos, por estarem sempre apoiando a minha caminhada.

Aos "irmãos", Eric e Anderson, sempre com um bate-papo acolhedor que nos conduz à amizade, à brincadeira e ao futuro.

Aos amigos de infância, especialmente Bernardo, Renato, Bruno, Rodrigo, Marcos, Aldeir, George, Léo Lima, Saulo, Luis Felipe... Todos vocês contribuíram muito para o que sou hoje!

Ao meu eterno amigo Luis Felipe Machado Albano (*in memoriam*), estaremos sempre juntos!

Ao meu amigo Carlos Vaz, exemplo de força, determinação e vontade de viver.

A todos que contribuíram de alguma forma no caminhar desta jornada.

Ao povo brasileiro, a todos aqueles que lutaram, lutam e lutarão para a construção de um país com ordem e progresso.

Ao meu país, valeu a pena!

“A injustiça que se faz a um,
é uma ameaça que se faz a todos”.

Barão de Montesquieu.

RESUMO

O presente trabalho visou compreender a judicialização do direito à saúde pública no município de Leopoldina-MG sob o ponto de vista dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas. Foi um estudo descritivo cuja referência metodológica decorre dos princípios de um estudo de caso numa pesquisa qualitativa. Este estudo de caso levantou dados dos processos judiciais que tinham como réu o município de Leopoldina, assim como foram realizadas entrevistas com sujeitos relacionados a esses processos, tais como: usuários, atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas. Os resultados demonstram um perfil de ações judiciais voltado para os atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de assistência farmacêutica. Os usuários questionaram o direito à saúde e a assistência à saúde e indicaram a judicialização como um caminho positivo para a solução de problemas de acesso. Os atores do Executivo municipal questionaram as limitações em prover o direito à saúde e à assistência e retrataram uma realidade ameaçadora das ações judiciais quando relacionadas ao interesse coletivo. Os atores das instituições jurídicas mostraram a realidade da judicialização e ponderaram sua existência, responsabilizando o poder público. A ausência do poder público fortaleceu a atuação do órgão Judiciário para a garantia do direito constitucional à saúde. Portanto, a judicialização tem sido um caminho adotado para o exercício do direito na prática.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Direito à saúde. Judicialização.

ABSTRACT

This study aims to understand the judicialization of the right to public health in the city of Leopoldina/MG from the point of view of the Sistema Único de Saúde (SUS) - SUS's users, subjects of the municipality and the legal institutions. This was a descriptive study with methodological reference derived from the case study principles in a qualitative research. This case study gathered data from lawsuits who had the city of Leopoldina as a defendant and interviewed subjects related to these processes as users, actors of the municipality and the legal institutions. The results showed profile lawsuits aimed at ambulatory, hospital and pharmaceutical care consultations. SUS's users asked the law, health care and set judicialization as a positive way to solve problems in access. The actors of municipality asked the limitations of the municipality in providing the right to health, healthcare and portray a threatening reality of lawsuits when related to collective interest. The actors of the legal institutions reported the reality of judicialization, ponder their existence, they liable the government. The lack of government strengthen the role of the performance of the judiciary agency to ensuring the constitutional right to health. Therefore the judicialization has been an approach adopted for this right in practice.

Key words: Health System. Right to Health. Legalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

FIGURA 1 - Ilustração das ferramentas utilizadas como coleta de dados na pesquisa de campo.....	53
FIGURA 2 - Mapa microrregional: Leopoldina/Cataguases.....	60
FIGURA 3 - Fluxograma de atendimento positivo pela via administrativa no município.....	124
FIGURA 4 - Fluxograma de atendimento pela ação judicial na defensoria pública.....	125
FIGURA 5 - Fluxograma de atendimento pela ação judicial na promotoria pública.....	125
FIGURA 6 - Fluxograma de atendimento por ação judicial pelo advogado particular.....	126
FIGURA 7 - Fluxograma de atendimento de urgência por ação judicial.....	127

Gráficos

GRÁFICO 1 - Distribuição mensal dos processos judiciais no TJMG em Leopoldina-MG.....	64
---	----

Quadro

QUADRO 1 - Insumos pleiteados, modalidade de atendimento, disponibilidade e existência de óbito por usuário SUS.....	72
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos processos no Judiciário (prévia).....	59
TABELA 2 - Distribuição dos processos no Judiciário.....	59
TABELA 3 - Produção ambulatorial realizada por grupo de procedimento no município de Leopoldina.....	62
TABELA 4 - Produção hospitalar realizada por grupo de procedimento no município de Leopoldina.....	62
TABELA 5 - Despacho, autor e representante das ações judiciais.....	65
TABELA 6 - Gênero e faixa etária dos usuários das ações judiciais.....	66
TABELA 7 - Quantidade de insumos pleiteados em cada ação judicial.....	67
TABELA 8 - Modalidade de atendimento, insumos disponíveis, prescrição e óbitos.....	68
TABELA 9 - Quantidade de insumos pleiteados nas ações judiciais por nível de complexidade.....	70
TABELA 10 - Numero de medicamentos solicitados em cada ação judicial.....	71
TABELA 11 - Característica da população residente por faixa etária.....	76
TABELA 12 - Faixa etária da população e o numero de ações judiciais em Leopoldina.....	76
TABELA 13 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade com condição de atividade na semana de referência de economicamente ativas.....	77
TABELA 14 - Proporção de pessoas com baixa renda no município.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
COAP	Contrato organizativo de ação pública
DATASUS	Departamento de informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MC	Média complexidade
MG	Minas Gerais
NOAS	Norma operacional de assistência à saúde
NOB	Norma operacional básica
PDR/MG	Plano diretor de regionalização do estado de Minas Gerais
RENAME	Relação nacional de medicamentos essenciais
SIGTAP	Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, órtese e prótese do Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TJMG	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Saúde no Brasil.....	18
2.2 Direito à saúde.....	27
2.3 Judicialização do setor saúde.....	31
2.4 Ações, sujeitos e insumos da judicialização da saúde pública.....	40
2.4.1 Sujeitos.....	40
2.4.1.1 Usuário.....	40
2.4.1.2 Gestor de saúde.....	42
2.4.1.3 Judiciário.....	43
2.4.2 Medicamentos.....	44
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
3.1 Delineamento do estudo.....	47
3.1.1 Tipo de estudo.....	48
3.1.2 Contexto e casos do estudo.....	49
3.1.3 Coleta de dados da pesquisa.....	50
3.1.4 “Casos” candidatos ao estudo de caso.....	53
3.1.5 Análise dos dados.....	55
3.1.6 Aspectos éticos.....	56
3.1.7 Período estudado.....	57
4 O CASO DE LEOPOLDINA.....	58
4.1 Características do município.....	58
4.2 O estudo de caso.....	61
4.2.1 Documentos.....	61

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com o Manual de Normalização da UFJF de 2011.

4.2.1.1 Perfil das ações judiciais.....	63
4.2.1.2 Perfil dos beneficiários nas ações judiciais.....	65
4.2.1.3 Perfil assistencial das ações judiciais.....	67
4.2.1.4 Discussão sobre o perfil das ações judiciais.....	72
4.2.2 Entrevistas.....	82
4.2.2.1 USUÁRIOS.....	82
4.2.2.2 Atores do Executivo municipal.....	90
4.2.2.3 Atores das instituições jurídicas.....	110
4.2.3 Observação participante e direta.....	122
4.2.3.1 Os usuários.....	122
4.2.3.2 Os “caminhos” percorridos até a ação judicial.....	123
4.2.3.3 A gestão do SUS.....	127
4.2.3.4 Os essenciais à justiça.....	129
4.2.3.5 Discussão sobre a observação participante e direta.....	130
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES E ANEXOS.....	145

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao envidar esforços para assegurar a plena cidadania, incorporou os direitos sociais à saúde, que passa a ser parte nuclear. Sob conturbada trajetória, a política de saúde, por um lado, obtém expressiva extensão de cobertura de acordo com a afirmação do princípio da universalidade; por outro lado, essa cobertura, por meio de propostas políticas que visam à limitação da atuação do estado no campo social, quando adota o modelo liberal privatista em meados da década de 1990, induz a população a buscar os meios judiciais para garantia desse direito.

Os gestores públicos são compelidos a garantir esse direito social, mas premidos por deficiência de gestão e/ou limites de ordem financeira, ficam submetidos ao ordenamento jurídico positivado também pela Carta Constitucional, que os obriga a lidar com as demandas de saúde via processo de judicialização.

As dificuldades cotidianas do Sistema Único de Saúde (SUS), ao promover o acesso universal, fizeram com que cidadãos utilizassem o Judiciário para conseguir acesso a essas ações e serviços. Nesse contexto, a judicialização da saúde no âmbito do SUS já foi considerada um fenômeno importante, como afirmam Delduque, Marques e Romero (2009), Ventura *et al.* (2010) e Marques, Melo e Santos (2011). Diante disso, uma reflexão: por que cidadãos precisam de uma ação judicial para conseguir assistência à saúde no SUS? Como é a natureza do direito à saúde no universo da ação judicial para os usuários, atores do Executivo municipal e atores das instituições jurídicas no município?

Este trabalho partiu da necessidade de conhecer melhor a judicialização que ocorre no âmbito municipal, possibilitando aos jurisdicionados o acesso aos serviços prestados pelo SUS a partir do direito à saúde instituído no Brasil em 1988.

A escolha por este tema sobre a judicialização do direito à saúde pública, no âmbito do município de Leopoldina, teve início a partir dos fatores intrínsecos motivacionais: a trajetória acadêmica e profissional do autor na área da saúde bem como suas experiências no campo de atuação na saúde pública.

Tal trajetória acadêmica permitiu forte reflexão sobre o cuidado do profissional de saúde para com os pacientes. Essa reflexão, ao longo do cotidiano profissional, trouxe sensibilidade crítica ao tocar, ouvir, reabilitar e cuidar daqueles que precisavam de atenção e recursos disponíveis em momento oportuno de cura. Esse momento chamou a atenção para uma realidade: a necessidade de cuidar desigualmente os desiguais.

Um novo percurso acadêmico surgiu: a saúde pública. Ora, o que significava isso para um profissional do cuidado? Destaca-se uma reflexão feita pelo autor na primeira aula de planejamento em saúde ministrada por Rubem Mattos: planejar na saúde é pensar no contexto social. Assim, a saúde e a sociedade passaram a receber do autor um novo olhar.

No campo profissional, a atuação na saúde pública estadual foi importante para enaltecer os conhecimentos adquiridos na academia. Neste caso, um novo momento: o da gestão pública. Da teoria à prática, o momento era de exercer meios um tanto curiosos para o cuidado coletivo com a responsabilidade e a vontade de mergulhar nesse oceano de ideias.

Porém, a saúde pública no Brasil e a busca incansável por soluções deparavam-se com as dificuldades, vontades, felicidades, tristezas e perspectivas com as quais o sistema lida ao tentar catalisar os princípios e diretrizes constitucionais.

Uma dificuldade encontrada foi conciliar a gestão da demanda e a gestão da oferta. Esta última identificada como difícil perante um Estado que assegura constitucionalmente o direito à vida, a dignidade da pessoa humana, o direito à saúde e também possui limites prudenciais da administração pública. Nesse contexto, eis que surgem ações judiciais em busca de um direito à saúde.

Essas situações cultivaram a trajetória desse estudo na saúde coletiva abordando o direito à saúde e a judicialização no SUS. Assim, o projeto era pesquisar com a intenção de entender, questionar, refletir e considerar cenários, ideias, princípios e virtudes dessa realidade com a importância do indivíduo, na órbita do direito, da judicialização e dos limites do SUS.

Entretanto, na gestão pública no estado de Minas Gerais foram vivenciadas situações dos entes municipais que chamaram a atenção para um dia querer

observar essa realidade, sem esquecer a importância dos indivíduos, pois estes fazem, traduzem e conduzem, certamente, o setor saúde.

Os serviços públicos ofertados pelo município foram objeto deste estudo. Em um país com tanta diversidade, atentei para o município por se tratar do ente federado mais próximo do usuário. O município é quem planeja, analisa uma situação e realiza ações e serviços de saúde de acordo com a sua realidade. Ali são vividas experiências que dificilmente poderão ser descritas por aqueles que ali não passaram. Neste caso, o município de Leopoldina-MG foi selecionado como cenário ideal para a pesquisa, por se tratar de um polo microrregional de assistência à saúde.

A dualidade existente entre o exercício do direito e o limite financeiro dos municípios, sempre aquém das necessidades e demandas, obriga o usuário a recorrer ao Judiciário para que o Executivo municipal ofereça de fato condições materiais e de serviços, como: medicamentos, leitos hospitalares, exames, transferências, tratamentos, entre outros.

A judicialização em saúde significa o processo que expressa as demandas dos usuários pela garantia de seus direitos constitucionais, por princípios que alicerçam principalmente a universalidade e a integralidade. Em face dos limites dos recursos públicos disponíveis, a população é impelida a buscar no aparato judiciário, sustentado pelo direito e a assistência à saúde a que fazem jus.

Para tanto, o objetivo do estudo foi compreender a judicialização do direito à saúde pública no município de Leopoldina-MG sob o ponto de vista dos usuários do SUS, dos atores das instituições jurídicas e dos atores do Executivo municipal; identificar o perfil da assistência requerida pelo usuário nas ações judiciais em saúde no ano de 2012; e discutir a judicialização do SUS sobre o ponto de vista dos usuários, dos atores das instituições jurídicas e dos atores do Executivo municipal.

O método aplicado tem base na pesquisa qualitativa, a partir de um estudo de caso, com a intenção de captar e retratar a judicialização na cidade de Leopoldina. Para representar o Executivo municipal, foram entrevistados os gestores de saúde e os membros da Procuradoria Municipal. Para representar o Judiciário foram entrevistados juizes, promotores e defensores. Para representar os usuários do SUS, foram entrevistados aqueles que demandaram uma ação ou serviço de saúde pública pela via judicial.

Assim, esta dissertação está organizada da seguinte forma: revisão da literatura, objetivos, percurso metodológico, o caso de Leopoldina e as considerações finais. A revisão de literatura aborda os conceitos adotados atualmente sobre o SUS, direito à saúde e a judicialização do setor. O percurso metodológico descreve a condução dos trabalhos de campo e como foi feita a análise dos dados na pesquisa. O caso de Leopoldina apresenta os resultados e as discussões envolvidas nos apontamentos com base nos dados, documentos e sujeitos. Finalmente, as considerações indicam o que foi possível compreender a partir dos resultados deste trabalho e as sugestões a serem aplicadas na realidade.

Em suma, a judicialização externa um ambiente peculiar ao lidar, pensar e agir entre os interesses individuais e coletivos na busca por soluções. Nesse sentido, é relevante citar Dr. Eugênio Vilaça Mendes (2011): “ao contrário do que o senso comum aponta, não há solução simples para problemas complexos; problemas complexos exigem soluções complexas e sistêmicas” (MENDES, 2011, p. 221).

Esta pesquisa buscou contribuir com o conhecimento sobre a judicialização do SUS no âmbito municipal com vistas a melhorar o acesso, atendimento, cuidado e a gestão do SUS, vividos, executados e acompanhados por seres humanos que possuem vontades, dificuldades, intenções, funções, direitos e deveres; propor medidas de conhecimento sobre o direito à saúde e a judicialização; incentivar novas pesquisas na área tendo em vista a complexidade do tema e a realidade de cada lugar; incentivar ações com vistas a dirimir lacunas existentes nesse contexto, aprimorando as políticas de saúde advindas dos princípios e diretrizes a fim de evitar dano ao maior patrimônio dos brasileiros, o SUS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O SUS é universal e garantido na Constituição Federal por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e outros agravos como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

O sistema é financiado com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições sociais pagos pela população, composto de alocação de recursos entre governo federal, estadual e municipal. Os recursos públicos do setor saúde são destinados a atender também às demandas sociais a partir de um diagnóstico da situação de saúde e um planejamento de ações que atribua efetivação das políticas de saúde. As ações e serviços públicos de saúde quando não efetivados por políticas de saúde provocam o aparecimento da judicialização, um recurso utilizado pelos usuários não satisfeitos.

A judicialização em saúde tem base na esfera do direito à saúde a partir da base legal e, também, normativa do SUS. Assim, os tópicos a seguir abordarão uma revisão literária sobre a saúde no Brasil, o direito à saúde, a judicialização do setor saúde e as ações judiciais e bens judicializados.

2.1 Saúde no Brasil

A saúde no Brasil está vinculada a um sistema de proteção social adotado pelo Estado para garantir direitos e atribuir deveres relacionados à condição de trabalho ou não.

O sistema de proteção social vigente no Brasil até meados dos anos 80 baseava-se em um modelo de seguro social vinculado à previdência, que proporcionava assistência à saúde àqueles contribuintes e inseridos no mercado de trabalho e constituía uma cidadania regulada. Aos marginalizados do mercado formal de trabalho restavam apenas ações de caridade emergenciais por intermédio do trabalho voluntário.

Para Teixeira (2009):

O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do estado moderno, intervencionista e centralizador, após a Revolução de 1930. [...] No modelo assistencial, as ações são de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, e inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora. Estas ações organizam-se com base na associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos (TEIXEIRA, 2009, p. 473).

Nesse tempo a assistência à saúde não tinha aspecto de socialização da atenção e ocorria pela lógica de compra de serviços realizados pelo Estado a prestadores privados e filantrópicos que os remunerava por procedimento realizado. Mas os serviços de saúde pública não ficavam restritos somente a essa assistência, existiam institutos, fundações e escolas de saúde pública que tinham função de prevenção e promoção da saúde com um corpo de técnicos sanitaristas que viriam mais tarde a trabalhar na engenhosa reforma sanitária, que se desdobrou no surgimento do SUS (CAMPOS, 2007).

Até a inauguração do SUS, a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil vinha ocorrendo sem que se invocasse qualquer forma de socialização da atenção. [...] A lógica da compra de serviços a consultórios, hospitais privados e filantrópicos baseava-se na contabilidade de procedimentos realizados, funcionando o Estado como intermediário entre prestadores privados e o consumidor. Observava-se a preservação da centralidade da remuneração por procedimento diagnóstico ou terapêutico presente na racionalidade do modelo liberal. [...] Desde o período anterior ao SUS, também se desenvolveram no país serviços estatais de atenção à saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Butantã, escolas de Saúde Pública, universidades e hospitais públicos, departamento de preventiva, serviços próprios dos Institutos de Previdência e depois do INAMPS, além de uma rede de centros de saúde, em geral de gestão estadual ou do Ministério da Saúde (Fundação SESP); todos funcionavam com corpo de servidores públicos e modalidades de gestão típicas de Estado. Grande parte dos ativistas do movimento sanitário eram profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes destas organizações. Estes atores sociais tiveram papel relevante não somente na elaboração do projeto político do que seria o SUS, como também em constituir um “bloco sanitário” com setores populares, sindicais, políticos profissionais e com o poder Executivo (CAMPOS, 2007, p. 1868).

A fragmentação da assistência à saúde na sociedade brasileira gerou uma rede de debates provocada pelos atores sociais. Essa rede conformou a reforma sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, servindo de orientação para a

forma na qual foi construído o direito à saúde na Constituição de 1988 (DELDUQUE; BARDAL, 2008).

O caráter assimétrico, heterogêneo e fragmentário do modelo engendrado no período deu ensejo a que se acirrasse a politização dos debates sobre as condições de saúde da sociedade brasileira e fizesse nascer o projeto de Reforma Sanitária, no berço da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que orientou, de maneira determinada, a construção constitucional do direito à saúde, em 1988 (DELDUQUE; BARDAL, 2008, p. 110).

Evento importante no período pré-constituente foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que determinou as bases doutrinárias da reformulação do sistema de saúde. Os eventos seguintes conduziram o desenvolvimento de um novo sistema, que foi o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS antecedeu o SUS, mas já atendia às propostas da reforma sanitária, como: universalização, descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras (BRASIL, 2011a).

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência foi convocada pelo Ministro Carlos Sant'ana, promovida sob a gestão do Ministro Roberto Santos, e nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, e tinha como temas oficiais: 1) Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento Setorial (presidente José Sarney, 1985-1990). Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração. Em 1987, com a assistência médica ainda no Inamps, foi implantado, no Executivo Federal, um arranjo institucional denominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O SUDS foi, portanto, contemporâneo da Constituinte. da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011a, p.15).

A constituinte foi discutida e elaborada em espaço democrático de negociação ao longo de diversas etapas, em que o Legislativo teve importante papel, contando com o apoio de intelectuais do movimento da reforma sanitária. Assim, foi redigido o texto final e a proposta atendeu às demandas do movimento sanitário, tendo a saúde como resultado: políticas econômicas e sociais, direito de todos e dever do Estado, relevância pública das ações e serviços de saúde em

SUS, organizado na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. O SUS foi criado na Constituição Federal de 1988, na Ordem e Seguridade Social, entre os artigos 196 a 200 (BRASIL, 2011a).

O processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária.

O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário:

-A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais.

-A saúde como direito de todos e dever do Estado.

-A relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Criou-se, assim, na Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 – Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a, p. 16).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco para a saúde no Brasil, por construir um sistema de saúde com organograma institucional, com princípios e diretrizes, principalmente no que diz respeito à instituição de direitos sociais. Amélia Cohn (2009) relata que:

A Constituição Federal de 1988 foi, sem dúvida, um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais. A partir daí, no caso da saúde, contava-se com um marco legal que desenhava o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, e que viria a ser construído a partir de então (COHN, 2009, p. 1614).

A ordem social foi baseada no primado do trabalho, com objetivo no bem-estar e na justiça social, encontrando-se na Constituição com a seguridade social. Esse conjunto compreende as ações da sociedade e do poder público destinadas a garantir os direitos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

“Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, s.p.).

Nos direitos relativos à saúde, o SUS contextualiza-se nas políticas públicas de seguridade social com escopo de abrangência na saúde, previdência e assistência social. Na saúde, o SUS é realizado por um conjunto de ações e serviços de saúde pública organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2011b).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011b, p. 24).

O SUS aproxima-se da rede de serviços dispostos nas políticas públicas de saúde como um sistema de proteção social com aspecto de proteção universal. Nesse sentido, Campos (2006) expõe:

O Sistema Único de Saúde filia-se à tradição das políticas públicas, e nesse sentido foi concebido como um sistema de proteção social. Uma rede de serviços e um conjunto de normas destinados não apenas aos pobres, mas ao conjunto da sociedade, já que objetivava protegê-la de agravos sanitários e garantir fatores de proteção a todos os cidadãos (CAMPOS, 2006, p. 29).

A Constituição, no artigo 5º, admite que no território nacional existam direitos e garantias fundamentais, individuais e coletivos, de igualdade perante a lei e inviolabilidade no direito à vida, igualdade, entre outros. Também, direitos sociais, propostos no artigo 6º: educação, saúde, alimentação, segurança, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, entre outros, sem distinção em qualquer espécie (BRASIL, 1988).

Os artigos nºs 196 a 200 garantem a saúde na seguridade social. A saúde passa ser um direito de todos e dever do Estado a ser garantido nas políticas sociais e econômicas, com acesso universal e igualitário, em rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

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

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988, s.p.).

Há uma alteração da lógica de sistema de saúde anterior a 1988. Parte-se para um processo de responsabilização baseada na descentralização com princípios que democratizam ações e serviços de saúde.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2000, p. 5).

Após a Constituição, o SUS passou a ser regulamentado em normas infraconstitucionais. Dessa forma, a Constituição foi o subsídio base para operacionalizar as normas infraconstitucionais.

Primeiramente, a Lei nº 8.080/90/90, ou Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Vale lembrar o esforço realizado com as Normas Operacionais Básicas e de Assistência a Saúde, também conhecidas como Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), respectivamente. As NOBs, instituídas por portarias, definiram na instituição do SUS as competências dos entes federados no processo de implantação do sistema e também as condições necessárias para estados e municípios assumirem suas atribuições de acordo com as condições de gestão estabelecidas e o repasse de recursos fundo a fundo entre as instâncias de governo. A NOB 1996 teve sua importância quando culminou no principal instrumento que foi a política de municipalização com o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde (BRASIL, 2011a).

Em 2006, surge como um acordo o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. A construção do Pacto pela Saúde enfatizou as necessidades de saúde da população brasileira e implicou o exercício de definição das prioridades articuladas e integradas nos componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (MINAS GERAIS, 2004). As três esferas de gestão do SUS passaram a pactuar responsabilidades no campo da gestão e atenção à saúde a partir de uma unidade de princípios que guardam coerência com a diversidade operativa; respeitam as diferenças locais; agregam pactos anteriormente existentes; reforçam a organização das regiões sanitárias - instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional -; fortalecem os espaços e mecanismos de controle social; qualificam o acesso da população à atenção integral à saúde; redefinem os instrumentos de regulação, programação e avaliação; valorizam a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores; e propõem um financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. O Pacto pela Saúde possibilitou efetivar acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo mudanças nos processos e instrumentos de gestão, com redefinição de responsabilidades coletivas na busca de resultados sanitários em função da necessidade de saúde da população e da equidade social (BRASIL, 2006a).

Por conseguinte, em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508 regulamentou a Lei nº 8.080/90 e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O decreto definiu termos como: região de saúde, contrato organizativo de ação pública (COAP), portas de entrada, comissões intergestores, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, serviços especiais de acesso aberto, protocolo clínico e diretriz terapêutica. O mesmo ainda referiu que o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação executados pelos entes federados, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, de forma regionalizada e hierarquizada. Definiu também que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. A integralidade da assistência à saúde também tem início e se completa na Rede de Atenção à

Saúde mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Contudo, o SUS passa a ser organizado e integrado com um COAP, considerando-se as ações e os serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011c).

No contexto do SUS, seus princípios e diretrizes são importantes para todo o aparato normativo do sistema. Para entender melhor, descrevem-se a seguir os conceitos adotados por Noronha, Lima e Machado (2009):

- a) Universalidade: propõe acesso em todos os níveis de assistência, nos quais todos têm o mesmo direito de obter ações e serviços dos quais necessitem, independentemente de custo, complexidade e a natureza dos serviços envolvidos.
- b) Equidade: a igualdade da assistência é proporcionada sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, não podendo existir discriminação no acesso a serviços de saúde, devendo-se ressaltar que somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS (escolha técnica a ser empregada no cuidado às pessoas).
- c) Integralidade: a integralidade da assistência é entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde, articulado e contínuo, preventivo e curativo, em cada caso, de acordo com o nível de complexidade do sistema. A integralidade ainda remete a articulação necessária entre as políticas econômica e social para atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença na garantia de condições satisfatórias à saúde da população.
- d) Participação da comunidade: é a interface que garante à população participar na formulação de diretrizes, prioridades políticas de saúde, fiscalização de cumprimento legal e normativo e controle e avaliação de ações e serviços de saúde, executados nos níveis de governo por meio de entidades representativas, como um canal permanente de diálogo e interação entre gestores, população, profissionais de saúde.
- e) Descentralização: a descentralização política e administrativa possui direção única em cada esfera de governo e enfatiza a descentralização

dos serviços para os municípios e a regionalização (geograficamente) e hierarquização (por níveis de atenção) da rede de serviços de saúde.

A universalidade e a igualdade são de extrema importância principalmente quando se lembra da existência do estado de bem-estar e da seguridade social. Para Campos (2006), a saúde, por atribuir característica de acesso universal e igualitário em seus serviços, tem o dever de assegurar um estado de bem-estar social fundamentado na seguridade social da própria Constituição, com base em políticas sociais e econômicas:

Os conceitos que aparecem em destaque na Constituição do SUS são o de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Ressalta-se que a saúde é considerada um direito universal e, ao mesmo tempo, um dever do Estado, que deveria assegurá-la não somente mediante ações específicas do setor saúde, mas também por meio de políticas sociais e econômicas que produzissem bem-estar (CAMPOS, 2006, p. 29).

Os princípios e diretrizes do SUS, propostos a partir da Constituição, constituem um dispositivo ao processo de implementação do SUS, o que confere ao sistema um quadro em construção até que se atinjam os interesses do povo. Camargo Jr. (2010) atenta criticamente para essa situação:

Do estabelecimento de um conjunto de direitos e princípios na nova Carta Constitucional brasileira à implantação de fato das organizações e dispositivos necessários à plena implementação desse conjunto, estende-se um longo, possivelmente interminável, processo. Esse é o processo de construção do SUS, que enfrentou (e enfrenta) numerosos obstáculos em sua história. Certamente, há muito o que fazer para superá-los e termos finalmente um sistema de saúde à altura do que desejamos e merecemos como povo (CAMARGO JR., 2010, p. 1075).

Enfim, ao longo de sua existência, o SUS consolidou-se numa política de Estado promotora de inclusão e justiça social, tendo por base o princípio da universalidade, em que todos os cidadãos têm direito e acesso ao SUS com oferta a um conjunto de serviços necessários baseado em protocolos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2011a).

2.2 Direito à saúde

A primeira vez em que a saúde foi atribuída como um direito no Brasil foi na Constituição Federal de 1988, considerando-a um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). A ordem jurídica brasileira atribui a saúde para todos, e a reivindicação desse direito estreita-se com a noção de vida (DELDUQUE; BARDAL, 2008).

Assim, Delduque e Bardal (2008) referem que “a saúde para todos, por exemplo, é um direito estabelecido no ordenamento jurídico brasileiro e sua reivindicação é legitimada pela estreita ligação com a própria noção de vida” (DELDUQUE; BARDAL, 2008, p. 109).

O direito positivo à saúde, na Constituição, é atribuído a partir do direito social e, entre os artigos 196 e 200, da seguridade social. Esse direito preconiza para os cidadãos políticas sociais e econômicas com a intenção de reduzir o risco de doença e agravos à saúde com universalidade e igualdade, em ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. Ainda, são diretrizes organizativas do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A saúde como um direito leva o Estado a assumir responsabilidades que ultrapassam os limites da promoção, proteção e recuperação da saúde da população, sendo orientado por normas jurídicas.

A saúde tem aspecto muito amplo, que estabelece por força constitucional que todos sejam protegidos contra os perigos relacionados à saúde, afastando o aspecto individual. Não basta somente exercer meios para promoção, proteção e recuperação. Sobretudo, Dallari (1988a) cita:

[...] a saúde não tem apenas um aspecto individual que respeita apenas a pessoa. Não basta que sejam colocados à disposição dos indivíduos todos os meios para promoção, manutenção ou recuperação da saúde para que o Estado responda satisfatoriamente à obrigação de garantir a saúde do povo. Hoje os Estados são, em sua maioria, forçados por disposição constitucional a proteger a saúde contra todos os perigos (DALLARI, 1988a, p. 330).

Na Constituição, a ideia de direito de todos e dever do Estado traz por si um ideal tão potencial na sua implementação que impulsiona discussões a partir do universo de sentidos arraigados nesse texto. Sobre esse assunto, Asensi e

Pinheiro (2008) relatam que: “a ideia de ‘direito de todos e dever do Estado’ traz um potencial semântico que não se reduz ao seu texto, de forma que o direito à saúde potencializa uma gama de sentidos e impulsiona discussões sobre sua implementação” (ASENSI; PINHEIRO, 2008, p. 2143).

O direito é o instrumento para atuação das políticas públicas que se insere nas matérias constitucionais. O Estado intervém na sociedade como um produtor de direito e segurança, desenvolve formas de atuação, utilizando o direito positivo em saúde como um instrumento de implementação de políticas (DALLARI, 1991).

O Estado brasileiro deve estar atento à intervenção na situação e na assistência à saúde aos usuários, pois o direito à saúde instituído no amparo dos direitos sociais efetiva legalmente o exercício dos respectivos cuidados (BRASIL, 2006b).

O direito à saúde, como direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do direito à saúde (BRASIL, 2006b, p. 50).

A saúde como um direito social se associa às condições de vida, como: lazer, segurança, assistência a desamparados, moradia e previdência conforme a Constituição da República. A Lei nº 8.080/90, que regulamentou o SUS, estabeleceu as ações e serviços de saúde e a alocação de recursos no país determinados pelos princípios doutrinários e organizativos, o que leva ao fortalecimento dos direitos sociais. Entretanto, mesmo com o Estado voltado a proporcionar à população direitos sociais, o país possui um cenário complexo, com base territorial e densidade demográfica extensa, diversidade cultural, econômica, social e epidemiológica, o que pode dificultar o atendimento a determinadas ações em saúde (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Um direito, quando atribuído, deve possuir significado real e não pode ser tratado na síntese de um simples objeto, deve ser induzido por um financiamento estratégico a partir de ações e serviços públicos de saúde com pleno desfrute do direito à saúde. Neste sentido, Delduque e Bardal (2008) afirmam que:

Um direito não pode ser um corpo sem alma ou apenas um pedaço de papel. Um direito, formalmente considerado, deve ter sua realização material, a garantia de seu pleno desfrute. Assim, na esteira da garantia do direito à saúde, a Lei Maior estabeleceu, dentre outras, a garantia do financiamento das ações e serviços de saúde, porque como em outras políticas públicas, o financiamento é um poderoso indutor de estratégias e ações (DELDUQUE; BARDAL, 2008, p. 111).

Na seara da saúde, o direito conforme estabelecido na Constituição estabelece a necessidade do poder público em agir com base nos serviços de saúde, com a integração das unidades federadas, para garantir o direito cidadão. Neste sentido, Delduque e Marques (2011) afirmam que:

[...] em matéria de saúde, o texto constitucional confere prioridade ao dever de ação por parte do poder público, através da elaboração de políticas públicas e prestação de serviços de saúde de forma sistêmica, integrando todas as unidades da federação, e essas ações relacionam-se diretamente à garantia do direito à saúde (DELDUQUE; MARQUES, 2011, p. 99).

O direito social à saúde, formalizado e implementado por políticas e prestação de serviços públicos, depende da tomada de decisões coletivas pelo sistema político (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009). Esse direito integra uma justiça distributiva que demanda, para a sua garantia, uma intervenção ativa do Estado na distribuição dos recursos a uma dada sociedade, na formulação e implementação de políticas públicas e na prestação de serviços públicos (DELDUQUE; MARQUES, 2011).

Um direito à saúde possui amparo legal abrangente e é operacionalizado por políticas públicas relacionadas a fatores sociais, econômicos, culturais e tecnológicos. Sendo assim, proporciona cuidado ao usuário do SUS nas diversas necessidades de saúde, conforme citação de Marques (2009):

Direitos, como o da saúde, são indeterminados por sua própria natureza, norteados por princípios jurídicos amplos e conduzidos por atuações políticas (políticas públicas) que acabam por tangenciar fatores econômicos, tecnológicos, sociais e culturais, relacionados com a prestação de cuidados de saúde, e com as mais variadas necessidades de saúde da população (MARQUES, 2009, p. 79).

Esse direito positivo à saúde traz inovações na atuação do poder Legislativo e Executivo do Estado para formulação e implementação de políticas públicas de saúde e também do Poder Judiciário, nas questões relacionadas à

garantia real do direito que tem em sua natureza questões políticas e técnicas (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009).

Aith *apud* Marques (2009) afirma que o acometimento de um cidadão por determinada doença obriga o Estado brasileiro a oferecer atendimento integral, recursos médicos, farmacêuticos e terapêuticos disponíveis para tratamento (MARQUES, 2009). Marques e Dallari (2007) destacam que o Estado não pode ser negligente frente a indivíduos que sofrem com o risco iminente de morte (MARQUES; DALLARI, 2007). Assim, ressalta-se que o entendimento da saúde para todos é um direito estabelecido no ordenamento jurídico, em que a sua reivindicação estreita-se com a noção de vida (DELDUQUE; BARDAL, 2008).

Reforçando este ponto, Marques (2009) reporta:

O direito social à saúde tem raízes jurídicas fortes, capazes de obrigar os governantes à prestação ordenada e sistêmica do mais alto cuidado com a saúde de todos, com respeito às diversidades e à dignidade de cada um, seguindo a diretriz de integralidade de assistência (MARQUES, 2009, p. 72).

O exercício da cidadania na democracia parte do pressuposto da liberdade e da segurança, na vida, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento social. Políticas que não contemplem o ser humano como um todo e o deixem à margem das políticas de Estado não se encaixam no princípio republicano. Para tanto, é essencial a participação popular na coisa pública, pois assim a República a cada dia se revigora e se renova, trazendo à tona a especificidade do direito à saúde (KOLLING; MASSAÚ, 2011).

Nesse contexto, associando participação popular e serviços públicos, Dallari (2009) evidencia a importância da participação social para adequação da política pública de saúde:

[...] necessária participação do povo na realização do direito torna a política pública de saúde igualmente adequada aos requisitos postos pelo conceito contemporâneo de saúde, uma vez que ele implica - ao mesmo tempo - aspectos de direito individual, de direito coletivo e também difuso, que só podem ser justamente equacionados com a participação direta do povo em sua definição (DALLARI, 2009, p. 34).

Em suma, é preciso percorrer um longo caminho para que o direito à saúde seja firmado como um direito, conforme foi instituído na Constituição de 1988, tornando-se realidade para todos no país. Ainda, é preciso reconhecer que esta

afirmação tem vigor jurídico, capaz de induzir a implementação da política de saúde por intermédio de leis e atos normativos para sua realização, como também pelo crescente controle judicial (DALLARI, 2009).

2.3 Judicialização do setor saúde

Ao falar da judicialização, é preciso mencionar novamente a Constituição Federal Brasileira. O artigo 5º, XXXV, da Carta Magna estabelece expressamente que “lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988).

A ação judicial no SUS é um meio de conduzir usuários a alcançar ações e serviços públicos de saúde. A judicialização da saúde é dita como um fenômeno e tem sido uma saída para que usuários tenham acesso a ações e serviços públicos de saúde. Marques, Melo e Santos (2011) retratam essa realidade:

Perante o acesso limitado às ações e serviços de saúde, alguns usuários tentam alcançá-los por meio de ações judiciais. Este fenômeno é conhecido como judicialização da saúde e tem ocorrido com grande frequência, nos últimos anos, em diversos tribunais (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011, p. 43).

Nesse contexto, Delduque, Marques e Romero (2009) opinam: “vale a pena repetir que a referência do sistema jurídico é sempre normativa. A produção do direito se dá por meio do próprio direito” (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009, p. 85).

Um usuário ou cidadão, na medida em que identifica a presença ou não do seu direito, identifica a necessidade facultativa de agir e ver um direito seu ser observado com ingresso de ação no Poder Judiciário, na exigência de intervenção pelo ente responsável em favor da sua saúde (BRASIL, 2006b).

O direito à saúde pode ser também considerado um direito subjetivo público (faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado), na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação no Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde (BRASIL, 2006b, p. 50-51).

A saúde pode ser tutelada pela via judicial quando há o envolvimento de conflitos relacionados ao direito social em saúde, pois este se encontra ligado à elaboração de políticas e os serviços públicos de saúde. A incidência do direito nos campos fora dos domínios do sistema jurídico, atuando sobre o campo político, denomina-se judicialização da política de saúde (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009).

Como todo direito garantido constitucionalmente, a saúde pode ser tutelada pela via judicial. As questões que envolvem conflitos relacionados ao direito social à saúde podem ser levadas a juízo e ser objeto da atuação judicial. Como o exercício do direito à saúde está intrinsecamente relacionado à elaboração de políticas de saúde e prestação de serviços públicos de saúde, a prestação jurisdicional tende a inovar nos casos concretos submetidos à sua apreciação, pois pode incidir, de forma reflexa, sobre campos políticos que, habitualmente, não estão dentro dos domínios do sistema jurídico. A este fenômeno convencionou-se chamar “judicialização da política de saúde” (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009, p. 83-84).

Esse cenário estabelece um padrão de diferentes demandas e necessidades relativas às ações e serviços de saúde, elevando o nível de dificuldade para que as mesmas sejam atendidas e fazendo com que alguns usuários busquem o Judiciário para o acesso a ações e serviços, ocasionando o fenômeno da judicialização (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Atualmente, a judicialização como um fenômeno envolve aspectos políticos técnicos, éticos e sanitários que surgem a partir da atitude dos cidadãos ao garantir ações de saúde legalmente instituídas. Ventura *et al.* (2010) esclarecem que:

No contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010, p. 78).

Machado *et al.* (2011) atribuem esse fenômeno ao cumprimento de determinações para o cumprimento de sentenças judiciais no fornecimento de medicamentos, insumos e serviços. Essa medida de cumprimento pode proporcionar ao sistema um prejuízo na execução de políticas de saúde tendo em vista que essas políticas são programadas ao longo do tempo e possuem

recursos limitados (MACHADO *et al.*, 2011). Appio *apud* Delduque, Marques e Romero (2009) ressalta que esse fenômeno ocorre quando o juiz atua a partir do direito para controlar uma política pública (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009). Contudo, esse “fenômeno pode ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e o direito vivido” (VENTURA *et al.*, 2010, p. 85).

A atuação do Poder Judiciário por meio da judicialização deve ser considerada um fenômeno pela estrutura do sistema de saúde e pelo contexto histórico da sociedade brasileira. De fato, a busca da assistência à saúde a partir de uma ação judicial deixa transparente a falha nos canais de participação e controle social da comunidade com o poder público (VENTURA *et al.*, 2010).

Neste sentido, a ampliação do poder judicial, com a conseqüente judicialização da política, não pode ser analisada de maneira pontual e isolada, mas, sim, como um fenômeno situado historicamente no processo de construção democrática da sociedade brasileira, e potencialmente favorável à ampliação dos mecanismos de participação e garantia de direitos. A identificação do Judiciário como arena de embate – onde se garante formalmente a igualdade com o contraditório e a ampla defesa – é uma resposta à insuficiência ou deficiências dos canais institucionais tradicionais de controle social e de participação popular (VENTURA *et al.*, 2010, p. 95).

As manifestações por via judicial, ditas em casos concretos e individuais, possuem contraste com as diretrizes políticas formalmente implementadas e que efetivam o direito em caráter coletivo e distributivo (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009).

Todavia, Marques (2008) faz um breve relato sobre o Poder Judiciário e as políticas públicas:

O Poder Judiciário, que não pode deixar sem resposta os casos concretos que são submetidos à sua apreciação, vem enfrentando dilemas e decisões trágicas, frente a cada cidadão que clama por um serviço e/ou um bem de saúde, os quais, muitas vezes, apresentam-se urgentes para que uma vida seja salva e um sofrimento minimizado. E as políticas públicas, por sua vez, encontram-se dispersas em diversos atos normativos, sem uma sistematização clara e, muitas vezes, com trâmites que contrastam com as necessidades postas nos autos (MARQUES, 2008, p. 66).

O Poder Judiciário recebe demandas por atendimento e cumprimento na saúde que não podem deixar de ser apreciadas, envolvendo circunstâncias

urgentes para que uma vida seja salva, enfrentando dilemas e situações difíceis. As políticas públicas de saúde estão dispersas em atos normativos que não atendem, em muitas demandas por atendimento judicial, o usuário em sua necessidade (MARQUES, 2008).

Nesse cenário, se o Poder Judiciário precisa amadurecer a incorporação da dimensão das políticas públicas de saúde e o Poder Executivo precisa elaborar e colocar em prática as políticas de saúde para que os usuários do SUS não fiquem desassistidos ou sem informação adequada. Nesse casos, um usuário, ao perceber que sua situação de saúde encontra-se marginalizada de atenção, não lhe resta alternativa a não ser a garantia do direito via judicial. Marques realça (2008):

E, se é preciso que o Poder Judiciário avance em relação à incorporação da dimensão política que compõe o direito à saúde, é preciso também que os gestores públicos avancem em relação à elaboração e implementação das políticas de saúde no Brasil, bem como em relação à organização administrativa da prestação dos serviços de saúde, que, muitas vezes, deixam os cidadãos sem a correta assistência médica e farmacêutica e também sem espaço adequado e direto para participação popular, sem um canal administrativo capaz de ouvir e processar as diferentes demandas da sociedade nesta seara, sem informações disponíveis de forma clara a todos que necessitam de um medicamento ou tratamento de saúde. Este é um quadro que, frequentemente, não confere ao cidadão outra alternativa senão buscar a tutela jurisdicional para ver garantido seu direito (MARQUES, 2008, p. 67).

O direito à saúde tem por base o acesso universal e integral, porém deve-se ponderar a assistência numa política pública, pois a mesma tem dotação orçamentária, eficácia na decisão política e resguardo coletivo. Assim, um equívoco constitui-se ao afirmar que a negativa de um serviço significa negar um direito à saúde tendo em vista que a eficiência na assistência gratuita e universal não se confunde com oferta indiscriminada de procedimentos tecnológicos à população, o que impõe organização administrativa na utilização adequada de recursos promovendo equidade na oferta dos serviços (GONTIJO, 2010).

Embora o direito à saúde preceitue o acesso universal e integral, deve-se ponderar que a implementação de políticas públicas vincula-se a prestações materiais submetidas à dotação orçamentária dos entes federativos, bem como se deve propiciar mais eficácia às decisões políticas, salvaguardando, primeiramente, as necessidades coletivas. A análise do tema deve pautar-se no fato de que constitui um equívoco afirmar que a negativa de fornecimento de determinado serviço significa a negativa do próprio direito do cidadão à saúde. Não se justifica a consecução de plena assistência individual de um direito fundamental mediante violação de dispositivos legais e normativos estabelecidos para efetivar essa garantia a todos (GONTIJO, 2010, p. 610).

Entretanto, a decisão deve estar coadunada com o limite orçamentário, mesmo existindo momentos em que uma decisão judicial cria a necessidade de ultrapassar o fundo orçamentário da saúde.

Nos resultados apresentados em estudo de Asensi e Pinheiro (2008), uma questão evidenciou-se entre direito e dever relacionados à problemática de recursos escassos. No direito à saúde, pôde-se dizer que a lógica jurídica esteve além da possibilidade do Estado em satisfazer esse direito prestacional. Os gestores estiveram preocupados com a garantia do direito por intermédio da qualidade da atenção e do cuidado, por vezes relacionados ao princípio da integralidade. Para tanto, houve proposta de utilização do princípio da equidade para alocação de recursos, atuando positivamente na desigualdade. De qualquer forma, o direito foi tratado como relativo em virtude de recursos insuficientes (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

Como exemplo, Asensi e Pinheiro (2008) retratam o posicionamento do gestor de saúde quanto à insuficiência financeira e à priorização de ações com parcial insatisfação de usuários: “basicamente, foi ressaltado que a insuficiência de recursos enseja a priorização de certas ações em detrimento de outras, o que promove a parcial satisfação do direito à saúde” (ASENSI; PINHEIRO, 2008, p. 2146).

Não é claro o limite e o entorno do direito social à saúde nos conflitos que envolvem esse direito nas soluções positivas perante a aplicação da lei e do arcabouço normativo. A realidade sanitária, inserida nas ações, demanda uma nova perspectiva para a abordagem desse tema condizente com a realidade do direito à saúde (DELDUQUE; MARQUES, 2011).

Contudo, faz-se necessário refletir sobre os questionamentos de Marques (2008):

Ao garantir a disponibilização de um serviço, de um medicamento ou produto de saúde padronizado pelo Estado, não estaríamos frente a uma verdadeira garantia de direitos fundamentais pelo Poder Judiciário? Será que ao tratarmos de forma ampla toda e qualquer manifestação judicial acerca do exercício do direito à saúde como “judicialização”, não corremos o risco de generalizar e desqualificar a atuação judicial, pressupondo que o Judiciário vem agindo além de seus limites estruturais e interferindo, de forma indevida, na atuação de outro poder, no caso o Poder Executivo? (MARQUES, 2008, p. 68).

Entre 2003 e 2007, Marques, Melo e Santos (2011) identificaram um aumento de ações judiciais em torno de 80%, com considerável reflexo em questões que precisam ser estudadas tendo em vista os expressivos impactos no sistema de saúde. Os indivíduos, ao buscarem o Judiciário para proteção da sua saúde e a garantia do seu direito nas ações realizadas por um sistema de saúde, podem comprometer a abrangência coletiva, centralizando em um ou em determinados grupos em detrimento de muitos. De modo geral, ficou expresso que a judicialização pode trazer impacto no âmbito da saúde e da coletividade, o que suscita a demanda por ações transversais com envolvimento articulado e efetivo entre os três poderes no estabelecimento de uma política de Estado (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Uma problematização entre o Poder Judiciário e os gestores de saúde é o falta de esses atores do Executivo culparem o Judiciário pela realocação obrigatória de recursos da saúde no atendimento a uma demanda judicial. Sobre isso, Marques (2008) comenta:

Tal fato tem sido problematizado pelos gestores públicos de saúde, que acusam o Poder Judiciário de interferir no âmbito de atuação da administração pública, desviando os recursos estabelecidos pela política de saúde para o atendimento coletivo, em favor dos seletos cidadãos que acessam a justiça (MARQUES, 2008, p. 75).

Com vistas à efetivação do direito à saúde, Silva (2010) chama a atenção para a necessidade de mais articulação e diálogo entre os gestores do SUS e o Judiciário. Nas ações pesquisadas pelo autor, a antecipação de tutela foi predominante com a solicitação e deferimento para a entrega de medicamentos (SILVA, 2010).

Para atender esse aspecto, o Conselho Nacional de Justiça elaborou a Recomendação nº 31/2010 de que o Judiciário ouça, por meio eletrônico, os

gestores de saúde antes da apreciação das medidas de urgência (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Um remédio adotado nas ações judiciais é a antecipação de tutela. Considerando a antecipação de tutela na Lei nº 5.869/73 e 8952/94, do Código de Processo Civil, o artigo 273 estabelece:

“Art. 273. O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, aos efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e:

I - haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação; ou II - fique caracterizado o abuso de direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu”.

Cabe firmar ainda no código que na decisão que antecipar a tutela o juiz indicará, de modo claro e preciso, as razões do seu convencimento e não se concederá a antecipação da tutela quando houver perigo de irreversibilidade do provimento antecipado, entre outras.

De fato, nas decisões judiciais, a antecipação de tutela é o método mais utilizado para que juízes garantam o atendimento ao pedido antes do julgamento do mérito, de forma adiantada, com o argumento de que a demora processual relacionada ao trâmite legal pode gerar o agravamento da doença. A legislação brasileira permite que haja alto grau de facilidade na elaboração de prova essencial na área da saúde. Essa facilidade faz com que pedidos como internação, prótese, exames, entre outros, sejam fornecidos de modo imediato a partir da tutela antecipada sem a possibilidade de reversão da medida, até pelo já usufruto imediato do requerente (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Para Marques (2009) é importante a padronização coletiva ao atender demandas assistenciais por meio das políticas públicas. Os princípios constitucionais devem permitir que juízes garantam, dentro das indicações médicas de cada caso, uma assistência que represente a garantia de uma vida digna ou que minimize o sofrimento de alguém (MARQUES, 2009).

A mesma autora acentua a importância da observação e apreciação unitária dos casos submetidos ao Judiciário e ao Executivo, tendo em vista a particularidade de cada situação no estabelecimento da aplicação do conceito da integralidade em saúde. Esse conceito deve ser tratado de forma equânime visando àqueles os quais não se enquadrem em protocolos clínicos, tratamento

de intervenções rápidas e urgentes e demais particularidades abarcando esse rol de possibilidades no atendimento de um usuário, mesmo que não inseridos em políticas públicas, abertas ao público e racionalizantes de recursos dispostos. A manutenção da amplitude do conceito de integralidade na assistência à saúde, garantido na Constituição, confere particularidades e diferenças na saúde e dignidade de cada usuário (MARQUES, 2009).

Ainda sobre este assunto, Marques (2008):

Revela-se, portanto, fundamental que os juízes, promotores de justiça, gestores públicos, sociedade civil, operadores do direito, sanitaristas, membros da academia, entre outros envolvidos na temática, discutam de forma ampla o tema em debate e proponham soluções conjuntas para minimizar o conflito social-político evidenciado. Porém, é dentro de cada instrução processual que devem ser traçados os rumos da atuação judicial, por parte dos atores que o compõem. É dentro de cada processo que devem ser postos os meios à disposição dos juízes, capazes de balizar a sua decisão. E, também, é dentro de cada processo que o direito individual à saúde deve ser confrontado com o direito coletivo e com a política pública estabelecida em matéria de saúde, por meio de provas e saberes técnicos necessários para discutir cada caso concreto (MARQUES, 2008, p. 67).

As decisões, provas e saberes técnicos têm permeado o aumento das discussões quando relacionadas às ações judiciais. Nessa perspectiva, em 2013 o Conselho Nacional de Justiça aprovou, na 173ª sessão ordinária, por unanimidade, a recomendação para criação de varas especializadas nas fazendas públicas dos tribunais de todo o país para julgar processos relacionados ao acesso à saúde. O informe da decisão em sua plataforma eletrônica ainda frisa: “a especialização pode propiciar decisões mais adequadas e precisas”; e destaca a existência de 240 mil ações judiciais relacionados ao direito à saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2013).

A existência, verdadeira e legal, da ação judicial tem sido uma demanda para acesso do usuário ao sistema mediante políticas públicas de saúde, sendo importante que seja feito um questionamento sobre o impacto total no financiamento e nas ações planejadas e executadas em matéria de assistência farmacêutica e terapêutica. A verificação desses fatores pode evidenciar uma base de dados significativos que permitam determinar os benefícios e prejuízos da ação judicial pela garantia do direito e da política de saúde conjugada pelo país (MARQUES, 2008).

As políticas públicas de saúde, como políticas de Estado, consolidam-se a partir das necessidades de ação coletiva de pilar público, desligadas das necessidades particulares de garantia ao indivíduo e indo além do acesso universal à saúde, sendo aquelas que possibilitam também moradia adequada, saneamento básico, emprego, renda, lazer e educação (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

A diversidade social existente no Brasil perante um sistema em construção e em consolidação determina ao SUS uma rede complexa atendida por seus princípios que parte de um modelo de política pública redistributiva. Esse sistema de saúde não possui recursos infinitos a ponto de proporcionar, a todo e qualquer usuário, ações e serviços públicos de saúde disponíveis no mercado, pois as despesas que não estão previstas num orçamento em saúde, com prévio planejamento de ações destinadas a pretensões individuais e coletivas, podem comprometer as políticas públicas e ações de saúde (ZHOURI *et al.*, 2010).

Barbosa (2013) argumenta que a realidade do direito à saúde envolve questões superlativas e o Estado não pode abrir mão do direito instituído na Constituição. Ainda estabelece que num cenário de limitações orçamentárias, não se pode impor ao Estado a concessão ilimitada de todo e qualquer tratamento ou medicamento, entretanto, a ausência de recursos não pode ser considerada justificativa para o poder público não realizar tal atendimento (BARBOSA, 2013).

O desafio nessa área é tão superlativo que o [Supremo Tribunal Federal] STF tem decidido que o Estado brasileiro não se pode furtar ao dever que lhe incumbe de propiciar aos cidadãos hipossuficientes os meios necessários ao gozo do direito à saúde (BARBOSA, 2013, p. 01).

O direito à saúde foi reconhecido no ordenamento jurídico, mas sua realização está fortemente ligada ao financiamento das ações e serviços de saúde e há no cenário do financiamento do setor uma incerteza que impede a plena concretização do direito à saúde (DELDUQUE; BARDAL, 2008).

Esse direito positivo traz implicações inovadoras para a atuação dos Poderes Legislativo e Executivo na formulação e implementação de políticas públicas de saúde de um lado e, por outro, implicações ao Poder Judiciário na atuação sobre decisões relacionadas à garantia do direito à saúde que em sua natureza permeia questões políticas e técnicas. Elevado número de processos

sobre saúde justifica a criação de uma justiça especializada na área de Direito sensível à causa (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009).

2.4 Ações, sujeitos e insumos da judicialização da saúde pública

As ações judiciais têm ocorrido com frequência nos últimos anos e são geralmente direcionadas à obtenção de medicamentos ou internação em rede hospitalar, nas três esferas do SUS, tendo em vista a codependência como um dos princípios organizativos desse sistema (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Marques (2008) retrata a necessidade de informações precisas sobre as ações judiciais citando estudo feito por Vieira e Zucchi (2007) no estado de São Paulo. Para a autora também é preciso conhecer a realidade dos demais serviços de saúde como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), órtese, prótese e outros com verdadeiro questionamento sobre o financiamento, ações planejadas e executadas, como citado na íntegra:

O impacto financeiro dessas ações frente à política pública de saúde também merece dados precisos e nacionais, bem como informações sobre outros bens e serviços de saúde que vêm sendo demandados em juízo, como leitos de UTI, órteses, próteses, entre outros. Há que se questionar também o verdadeiro impacto sobre o total do financiamento da saúde e das ações planejadas e executadas em matéria de assistência farmacêutica e terapêutica (MARQUES, 2008, p. 70).

Agora, com base na abordagem e no trabalho realizado, destacam-se alguns fatos relacionados às ações judiciais na saúde pública.

2.4.1 Sujeitos

Nos sujeitos, serão abordados abaixo os indivíduos que possuem envolvimento na ação judicial: usuário, Judiciário e o gestor do SUS.

2.4.1.1 Usuário

A Constituição estabelece direitos e permite que o indivíduo atue como sujeito ativo e não passivo, alvo de políticas estatais. O Estado é o responsável

pelo cumprimento das obrigações legais que atendam efetivamente aos interesses coletivos (VENTURA *et al.*, 2010).

A nova ordem constitucional permite a atuação do indivíduo como sujeito ativo de direitos, e não um mero alvo de políticas estatais ou portador de necessidades a serem moralmente concedidas. O Estado é indicado como principal responsável pelo cumprimento das obrigações legais de forma universal, igualitária e democrática, de modo a atender efetivamente aos interesses reais de toda a população (VENTURA *et al.*, 2010, p. 95).

Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005) demonstram a necessidade da investigação do fenômeno da judicialização fundamentando a dificuldade apresentada pela população no acesso aos medicamentos de atenção básica e no desconhecimento sobre o papel de cada instância de gestão no processo, o que leva o usuário a manifestar-se intensamente (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

O usuário, ao ingressar com uma ação judicial, vê uma forma de garantia de direito até o momento não garantido, sendo legítima a busca por um direito fundamental a um medicamento contemplado nas políticas públicas e não disponíveis (MACHADO *et al.*, 2011).

Assim, o Judiciário tem fundamental importância para o usuário, pois “a sociedade, quando não acolhida pelo Estado, deposita sua confiança no Judiciário” (MARÇAL, 2012, p. 101).

O acesso pode estar demonstrando uma realidade difícil para quem convive com o sistema de saúde pública. Santos, Vargas e Schneider (2010) relatam uma dinâmica angustiante com os entraves que podem prejudicar o usuário e aqueles que lidam diariamente com o sistema. “O retardo no encaminhamento de um paciente com alguma gravidade aguda pode levá-lo à morte” (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010, p. 96). Assim, os autores levantam em seu estudo a situação do usuário em estado de saúde crítico e a vivência diária de profissionais de saúde, enfermeiros, em unidade de terapia intensiva, a luta pelo acesso e a orientação a usuários pelo uso da via judicial (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010).

A avaliação da necessidade de bens e serviços de saúde a partir dos processos judiciais é também uma tarefa difícil. Como exemplo, Penalva *et al.* (2011) citam motivos para o não julgamento do mérito e o tipo de bem solicitado,

indicando uma necessidade real e urgente. Na prática, no atributo de acesso oportuno às necessidades do usuário, observou-se que 46,49% dos processos foram extintos sem julgamento do mérito e em 8% dos casos o processo foi extinto em razão do óbito do requerente. Esse elevado número de processos extintos sem julgamento remete o pensamento às razões da sua extinção. O motivo preocupante foi o óbito do demandante indicando um evento de negligência do Estado ou existência de morosidade judicial com consequências graves à população (PENALVA *et al.*, 2011).

Em relação aos usuários de medicamentos, estes demonstram nos últimos anos um poder de organização e pressão por seus direitos na busca por medicamentos da atenção básica, o que pode indicar a omissão das gestões municipais e estaduais no tocante a financiamento e fornecimento (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). Esses autores referem uma aparente desorientação por parte dos cidadãos nos pleitos realizados.

Porém, a existência indiscriminada de ações judiciais em saúde proporciona favorecimento de doentes com maior poder aquisitivo (ou maior acesso à informação) para pagar advogados. Isso pode gerar exclusão daqueles com mais necessidades em saúde (VIEIRA, 2008). Em concomitância, Machado *et al.* (2011) suscitam também essa discussão no estado de Minas Gerais, onde o gestor do SUS estadual propiciou, à grande parte dos usuários ingressantes com ação no Poder Judiciário, o fornecimento de medicamentos por meio de pedidos médicos e advogados particulares, sugerindo um perfil socioeconômico elevado além do suposto conhecimento de direitos pela via judicial no acesso à saúde (MACHADO *et al.*, 2011).

2.4.1.2 Gestor de saúde

A missão dos governos diante da Constituição é proporcionar o atendimento das necessidades da população. Mas a ausência de esclarecimentos, inclusive na defensoria, quanto à divisão de responsabilidades dos gestores, parece não assegurar a melhoria de acesso do cidadão a medicamentos, além de impedir a concretização da descentralização (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

Para Asensi e Pinheiro (2008), abre-se um novo espaço para concepção, sentidos, investigações e reflexões e não se encontram esgotados os desafios e debates na efetivação do direito. No âmbito dos gestores de saúde constituem-se desafios: recursos escassos, políticas de estado e participação. Na íntegra descreve-se:

- a) Recursos escassos: articular-se com a sociedade civil e as instituições jurídicas no sentido de promover um debate democrático acerca da alocação de recursos, de modo que a definição sobre as estratégias de efetivação do direito à saúde seja realizada conjuntamente;
- b) Políticas de Estado: considerar que as políticas públicas que versam sobre direitos prestacionais devem ser políticas de Estado, ou seja, políticas que visem uma continuidade ao longo do tempo, independentemente do governo que esteja à frente de sua direção
- c) Possibilitar e estimular a participação: abrir os canais decisórios do Estado à sociedade civil, de modo que o Estado seja a forma através da qual a sociedade civil agiria institucionalmente. Da mesma forma, deve incentivar a criação de espaços públicos nos quais a sociedade civil e os usuários individualmente possam se expressar e que suas manifestações sejam consideradas no âmbito da política e da micropolítica (ASENSI; PINHEIRO, 2007, p. 2154).

Os gestores de saúde no âmbito do Poder Executivo devem efetivar o cumprimento da alocação dos recursos públicos para a saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29 (BORGES, 2007). A Emenda Constitucional nº 29 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011a).

2.4.1.3 Judiciário

Como já relatado, o crescimento das ações judiciais é evidente. Assim, para Borges (2007), o Poder Judiciário atua necessariamente na saúde para coibir o abuso das autoridades do setor no controle da legalidade, aplicação de recursos mínimos, execução de serviços, entre outras coisas (BORGES, 2007).

Entretanto, é possível extrair dos relatos literários que o Judiciário vem ocupando maior espaço de participação nas decisões e ações da sociedade. Desta forma, Borges (2007) afirma: “o Poder Judiciário vem ocupando um espaço cada vez maior dentro de nossa sociedade, seja por sua atuação em questões

que envolvem decisões políticas, seja por sua interferência em assunto envolvendo as próprias relações sociais” (BORGES, 2007, p. 96).

O que se observa é que a atuação do Poder Judiciário além do controle da legalidade com decisões sobre medicamentos, como exemplo, que não constam em listas oficiais, representa decisões políticas sobre a alocação de recursos (BORGES, 2007). De fato:

Esse tipo de conflito se apresenta de forma diversa daqueles que o Judiciário está acostumado a lidar; são conflitos plurilaterais, envolvendo justiça distributiva, nos quais estão em jogo bens providos pelo Estado com recursos públicos, cuja decisão sobre a adjudicação do bem afetará, ainda que indiretamente, toda a coletividade (BORGES, 2007, p. 96).

Entretanto, é fundamental a aproximação entre o promotor de justiça e o procurador da república com os demais agentes na implementação do sistema de saúde. Para os autores, quando couber, que sejam utilizados instrumentos jurídicos na efetivação dos princípios constitucionais e legais que são a base do sistema a fim de proporcionar o cumprimento do seu papel e resguardar a aplicação da universalidade e igualdade no SUS (TEIXEIRA; PATRÍCIO, 2011).

2.4.2 Medicamentos

Os medicamentos chamaram a atenção pelo elevado número de estudos relacionados ao seu pedido em ações judiciais.

A judicialização das políticas de saúde vem ganhando espaço na teoria e na prática em face das demandas principalmente por medicamentos ao Estado por intermédio do Poder Judiciário (DELDUQUE; MARQUES, 2011). Para Marques e Dallari (2007), as ações judiciais que pretendem determinado medicamento se estabelecem numa prevalência das necessidades individuais dos autores sobre as necessidades coletivas sob o argumento do direito inviolável à saúde, superior à política pública estabelecida para a área. Há certo prejuízo ocasionado pelo Judiciário quando não verificada a existência de políticas públicas que ocasionam turbulência na tomada de decisões por atores envolvidos na construção de políticas públicas, com base no direito social à assistência farmacêutica (MARQUES; DALLARI, 2007).

Isso pode ser atribuído ao crescente e acelerado impacto da indústria farmacêutica com a disponibilidade no mercado de novos produtos pressionando as políticas públicas para distribuição, a partir de evidências científicas que propiciem segurança na oferta pelo SUS. De fato, o Ministério Público precisa conhecer melhor os motivos que fundamentam o fornecimento de insumos nas políticas públicas e os gestores, os fundamentos utilizados nas decisões judiciais para que não ocorra um erro na garantia do acesso e iniquidade (SILVA, 2010).

Como um todo, o aumento das ações judiciais intervencionistas para o fornecimento de medicamentos que não estejam vinculados a uma reserva orçamentária do ente público, prevista na formulação de políticas e no planejamento de programas, ocasiona certas distorções pela inobservância às normas que regulamentam o acesso à saúde. Isso compromete o trabalho realizado no Poder Executivo e na organização do SUS (VIEIRA, 2008).

Assim, considerando Borges (2007):

[...] não podemos nos esquecer de que a estruturação e o bom desempenho do SUS necessitam de planejamento, baseado em critérios epidemiológicos, de incorporação de tecnologia, protocolos de conduta e limites orçamentários. Para isso, os órgãos técnicos do Ministério da Saúde elaboram políticas e planos de ação visando delinear os serviços e ações de saúde que devem ser prestados pelo Estado, de forma que o atendimento ao usuário ocorra da melhor maneira possível, respeitando os princípios da integralidade e universalidade e, ainda, os da isonomia e da dignidade da pessoa humana (BORGES, 2007, p. 96).

Concreto então é idealizar o Estado nos direitos fundamentais e proporcionar um serviço de qualidade. Para isso, é preciso analisar, criticamente, a atual regulamentação da assistência farmacêutica e propor critérios e parâmetros para monitorar as políticas públicas com base em evidências científicas. Isso tende a garantir o uso e acesso, efetivo e racional, a tecnologias ou medicamentos para que se evite, contudo, a abertura para mais um fator de iniquidade no acesso a serviços de saúde (GONTIJO, 2010).

Para essas demandas por medicamentos a serem fornecidos pelo SUS, é preciso que as listagens oficiais estejam atualizadas conforme a necessidade de atendimento ou mesmo que haja algum medicamento que possa ser substituído. A inexistência do medicamento na assistência farmacêutica enseja o usuário a buscar no Judiciário o cumprimento do direito a seu favor. Para Barcelos (2010):

[...] as demandas de medicamentos não fornecidos pelo SUS sem substitutos nas listas oficiais podem indicar sua desatualização e dos protocolos vigentes. Já as demandas de medicamentos contemplados nestas listas podem significar falhas dos órgãos públicos em garantir o acesso dos pacientes a medicamentos com avaliação de eficácia e segurança, obrigando os pacientes a recorrer ao Judiciário para ver cumprido seu direito (BARCELOS, 2010, p. 132).

Nesse ambiente, Marçal (2012) buscou traçar realidade da assistência farmacêutica por meio de um estudo de caso. A autora propôs, entre outras coisas, a importância do diálogo entre todos os envolvidos, limites aos que transformam saúde em mercadoria, melhora da qualidade na assistência farmacêutica e legitimidade dos serviços ao SUS, racionalidade e atenção aos artifícios da indústria farmacêutica aos prescritores, entre outras coisas:

Aos usuários, entendendo o coletivo como a sociedade brasileira, é latente a necessidade da assistência à terapêutica oncológica de qualidade. A exemplo do movimento da sociedade civil, que pautou e consolidou o programa de [síndrome da imunodeficiência adquirida] AIDS, mais do que conseguir o tratamento individualmente, é importante lutar para garantir medicamentos oncológicos para todos, dispensando a via judicial.

Aos gestores da saúde, é necessário considerar as exceções, a Assistência Farmacêutica não pode se restringir exclusivamente a listas de financiamento. A resposta negativa, quando necessária, deve ser acompanhada de alternativa terapêutica oferecida pelo SUS.

Aos entes jurídicos (defensoria e Judiciário), depois de duas décadas, o SUS não pode ser executado tomando por base apenas a Constituição Federal de 88 e a Lei 8080/90. É preciso considerar as normas e regulamentos do sistema, os quais possibilitam sua efetivação, lembrando que o direito a saúde não é fornecer tudo (MARÇAL, 2012, p. 101-102).

Enfim, é importante ser transparente com as informações e não deve ser tarefa fácil saber o que é disponibilizado pelo SUS. Borges (2007) encontrou dificuldade ao reunir o elenco de produtos oficiais distribuídos pelo Ministério da Saúde e considera ainda mais dificultoso ao Poder Judiciário, que não tem conhecimento técnico sobre o assunto (BORGES, 2007).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do estudo

Com a intenção de compreender essa realidade foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso. Embora o direito positivo à saúde estabeleça ações e serviços públicos de saúde dispostos nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, foi preciso identificar, primeiramente, a natureza dos benefícios demandados com vistas a processos que demonstrassem a realidade do município. Ainda para compreender essa realidade da judicialização, os usuários, os atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas foram envolvidos em entrevistas. Além disso, observações no campo de trabalho também foram realizadas para subsidiar a pesquisa de campo.

Para Campomar (1991), o estudo de caso envolve uma análise intensiva com ênfase na descrição e entendimento do relacionamento dos fatores de cada situação (CAMPOMAR, 1991). Nos estudos de caso de abordagem qualitativa são consideradas características fundamentais a interpretação de dados do contexto, a busca constante de respostas e questões, o retrato completo e profundo da realidade, o uso de várias fontes de informações, a generalização natural e a revelação dos diferentes pontos de vista sobre o objeto estudado (VENTURA, 2007). Assim, foi investigado o quadro atual da judicialização em saúde e seu contexto com a vida real, tendo em vista a fronteira indefinida entre o fenômeno e o tema.

Yin (2010) descreve que o método do estudo de caso não é apenas uma forma de pesquisa qualitativa, mesmo sendo reconhecida entre as várias opções em pesquisa qualitativa, indo além, ao misturar evidências qualitativas e quantitativas (YIN, 2010).

Assim, optou-se por trabalhar com o método de estudo de caso aplicado por Yin (2010). Para o autor é importante uma abordagem teórica de qualidade sobre o assunto no estudo de caso, não apenas para definir o projeto de pesquisa

e a coleta de dados, mas também como veículo principal na generalização dos resultados (YIN, 2010).

Este estudo propôs então uma mixagem de idéias, segundo Yin (2010):

- a) Quantitativas: documentação coletada no campo de pesquisas com base nos processos judiciais do ano de 2012;
- b) qualitativas: informações fornecidas pelos participantes dos processos a partir de entrevista focada e, também, observações participante e direta realizadas no campo de pesquisa.

Considerou-se importante trabalhar dessa forma, pois por trás de qualquer ação judicial existem sujeitos envolvidos vivenciando realidades diferentes. Outra questão é que os documentos envolvidos nos processos informam também uma realidade que se complementa às demais informações que vão além daqueles que propõem a ação (usuário), como também aqueles que defendem a lei (atores das instituições jurídicas) e também aqueles que trabalham em prol do serviço público municipal (Executivo municipal).

Sem dúvida alguma, para se trabalhar adequadamente o tema definido no objeto deste estudo, foi necessário imergir na bibliografia relacionada à judicialização, para assim conhecer a característica e a magnitude do problema e consolidar este estudo descritivo sobre os fatos existentes no ano de 2012. Sendo assim, os tópicos a seguir trabalharão melhor as definições adotadas por Yin (2010) e como foi conduzida esta pesquisa com o referencial adotado.

3.1.1 Tipo de estudo

O estudo de caso como tipo de pesquisa dispõe de ferramentas investigativas que proporcionam ao pesquisador aprofundar em determinada realidade para conhecer um determinado fenômeno em um contexto social.

Segundo Yin (2010): “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2010, p. 39).

Esse tipo de pesquisa é adequado quando as questões de pesquisa são “como” e “por que” e nas quais o pesquisador tenha baixo controle de uma situação que, por sua natureza, esteja inserida em âmbitos sociais (YIN, 2010).

Em outras palavras, o estudo de caso foi adotado na tentativa de compreender a judicialização do SUS abordando dados dos processos judiciais e os atores relacionados ao contexto.

Yin (2010) salienta que algum estudo de caso vai além de uma forma de pesquisa qualitativa usando a mistura de evidência qualitativa e quantitativa (YIN, 2010). Esse fato foi importante ao conduzir a pesquisa, tendo em vista a necessidade de conhecer dados para o cenário, como: processos judiciais (documentos), indivíduos (entrevistas), observação direta e participante (ambiente-contexto).

Os estudos de caso podem ser únicos ou múltiplos (YIN, 2010). Esta pesquisa envolve um estudo de casos múltiplos no município de Leopoldina-MG. Foram analisados 77 processos judiciais do ano de 2012, incluídos de acordo com critérios para a pesquisa que serão descritos posteriormente. São os casos: as ações judiciais definidas como mandados de segurança/ liminares/ antecipação de tutela, ou seja, relacionadas àqueles múltiplos indivíduos integrados ao panorama da judicialização que conduziram no Judiciário uma ação judicial contra o ente municipal para obter o atendimento de ações e serviços de saúde pública.

3.1.2 Contexto e casos do estudo

O contexto adotado nesta pesquisa refere-se à judicialização no município de Leopoldina-MG, ou seja, às 77 ações judiciais que possuíam como réu tal município.

Segundo Yin (2010, p. 51): “naturalmente, o caso também pode ser um evento ou entidade, além de um único indivíduo. Os estudos de caso têm sido realizados sobre decisões, programas, processo de implementação e mudança organizacional”.

No âmbito representativo de Leopoldina-MG foram selecionadas ações individuais (casos) que se encontravam adequados aos critérios de inclusão para a pesquisa. Após essa fase foram coletados dados conforme descrito a seguir.

3.1.3 Coleta de dados da pesquisa

As informações sobre as ações judiciais em saúde foram obtidas no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), a partir do controle da distribuição de processos realizados pelo órgão, e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Leopoldina, com disponibilidade de arquivo próprio e organizado dos processos judiciais, tendo o mesmo ainda o apoio da Procuradoria Municipal para arquivo, atendimento e resposta às demandas judiciais.

Mediante a autorização das partes envolvidas - município e Judiciário -, foram incluídas ações judiciais, mandados de segurança/ liminares/ antecipação de tutela relacionados a ações e serviços públicos de saúde impetrados contra a Prefeitura ou SMS de Leopoldina no ano de 2012. Isso foi feito a partir da data da distribuição dos processos realizado pelo TJMG entre janeiro e dezembro, como critério de inclusão dos documentos (ações judiciais) e sujeitos envolvidos no processo, para posterior seleção de sujeitos a serem entrevistados. O período em que foi realizada a coleta dos dados das ações judiciais foi entre abril e outubro de 2013.

Segundo Yin (2010), a coleta de dados em estudos de caso pode ser baseada em múltiplas fontes de evidências, sendo elas: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Esses princípios, quando incorporados no estudo de caso, aumentarão a qualidade do trabalho realizado (YIN, 2010).

Neste estudo foram utilizados documentos, entrevistas, observação participante e observação direta como evidências coletadas em campo, conforme se segue:

A) **Documentos:** são os processos judiciais que foram utilizados neste estudo como fonte primária de informações para identificar a ocorrência da judicialização no município e caracterizá-la de acordo com o Formulário para Coleta de Dados (APÊNDICE A).

Segundo Yin (2010), os documentos corroboram e valorizam evidências oriundas de outras fontes e devem ser cuidadosamente utilizados, e não tomá-los como registros literais de eventos que ocorreram (YIN, 2010).

A análise documental é caracterizada pela fonte de coleta de dados restrita a documentos (escritos ou não), constituída de uma fonte primária de informações, podendo ser realizada no momento do acontecimento do fenômeno ou posteriormente (LAKATOS; MARCONI, 1991).

A fonte de informações para esta etapa da pesquisa foram os processos judiciais pleiteando ações e serviços em saúde que tinham o município de Leopoldina-MG como réu, julgados e tramitando em primeira instância.

B) Entrevistas: realizadas com os sujeitos envolvidos nos processos judiciais. Assim, para os sujeitos envolvidos foram realizadas entrevistas com base em dois roteiros distintos: um direcionado aos usuários e outro aos outros com os atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas, com elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturada para usuário (APÊNDICE B) e outro para atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas (gestor de saúde, defensoria, procuradoria, promotoria, juízes) (APÊNDICE C), no período em análise, para compreender a magnitude no município e corroborar o processo de análise.

Yin (2001) preleciona que as entrevistas são fontes de evidências para estudos de caso levando-se em consideração que a maioria delas trata de questões humanas, registradas e interpretadas por intermédio do entrevistador, com respondentes bem informados, levando a interpretações importantes em determinada situação.

Para Yin (2010), uma das fontes mais importantes de informação para um estudo de caso é a entrevista, consistindo uma fonte essencial de informações como conversas guiadas e não como investigações estruturadas (YIN, 2010).

O tipo de entrevista adotada no estudo de caso foi aquele focado segundo Yin (2010), a pessoa foi entrevistada durante curto período de tempo seguindo determinado conjunto de questões derivadas do estudo de caso (YIN, 2010).

C) Observação participante: modalidade de observação especial em que o pesquisador não foi um observador passivo e permitiu participar de eventos relacionados aos que estavam sendo estudados, interagindo com os sujeitos a partir da inserção, em momentos formais e ordinários, no município de Leopoldina

e também na área técnica da gestão municipal responsável pela distribuição dos insumos disponibilizados pela via judicial.

Para Yin (2010), a observação participante fornece oportunidades incomuns na coleta de dados relacionados à permissão concedida para participar de eventos ou de grupos que são inacessíveis à investigação científica com capacidade de perceber a realidade do ponto de vista de alguém de "dentro" do estudo de caso e não de um ponto de vista externo (YIN, 2010).

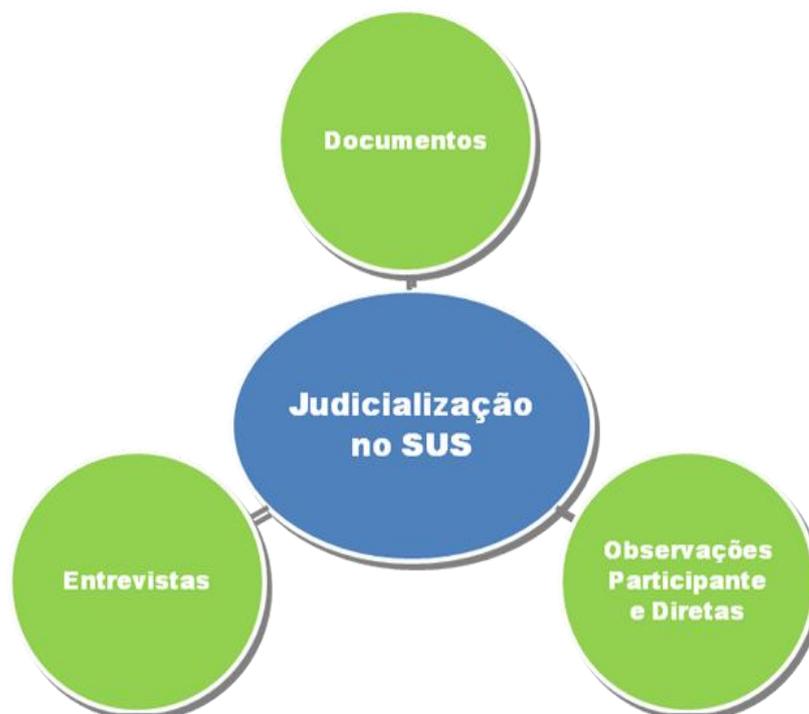
D) **Observação direta:** modalidade de observação formal ou informal de informações no campo de pesquisa no qual foram observados os ambientes visitados e os sujeitos envolvidos nas entrevistas.

De acordo com Yin (2010), essas observações envolvem reuniões, atividades de rua, salas de aula e outros, além de abranger observações durante a visita de campo na coleta de dados e entrevistas (YIN, 2010).

Como estratégia, o pesquisador aproximou-se do setor de distribuição de serviços judicializados da SMS de Leopoldina, coletando dados e registrando informações do campo.

Sobre a coleta de dados, a FIG. 1 demonstra a soma das ferramentas utilizadas com o objeto de pesquisa:

FIGURA 1 - Ilustração das ferramentas utilizadas como coleta de dados na pesquisa de campo



Fonte: do autor.

Os benefícios das fontes de evidências foram maximizados seguindo-se três princípios para a coleta de dados de Yin (2010) com uso de múltiplas fontes de evidências e a triangulação entre documentos, entrevistas e observações direta e participante como base de dados ao encadeamento de evidências.

3.1.4 “Casos” candidatos ao estudo de caso

Um passo preparatório foi a seleção final de casos para fazer parte do estudo de caso usando triagem para garantir a identificação dos casos finais.

Quando o número elegível de candidatos for maior, um procedimento de triagem em dois estágios mostra-se justificável. O primeiro estágio consiste na coleta de dados quantitativos relevantes sobre todo o grupo, de alguma fonte de arquivo. Você talvez tenha que obter os dados de arquivo de alguma fonte central (por exemplo, uma agência federal, estadual ou local, ou uma associação nacional). Uma vez obtidos os dados, você deve definir alguns critérios relevantes para estratificar ou reduzir o número de candidatos. A meta é reduzir o número de candidatos a 20 ou 30 e, depois, conduzir o segundo estágio de triagem, que consiste em realizar procedimento do parágrafo prévio. [...] Para completar o processo de triagem, você talvez queira revisitar sua decisão sobre o número total de casos a ser estudado. Independentemente de qualquer restrição de recursos, se múltiplos candidatos forem qualificados para servir como casos, quanto maior o número que você pode estudar, melhor (YIN, 2010, p. 118).

O número elegível de 77 candidatos determinou a necessidade de triar os casos a serem entrevistados. No desenvolvimento do estudo de caso foi preciso utilizar algumas ferramentas na identificação das informações, como sugerido anteriormente por Yin (2010). Assim, foi preciso separar o estudo em dois momentos.

Em um primeiro momento, foi necessário explorar todo o universo de ações judiciais tendo como réu o município, para identificar os casos existentes e caracterizá-los no Formulário para Coleta de Dados (APÊNDICE A). Esse momento aproximou o pesquisador do campo para que pudesse compreender melhor a realidade e preparasse o segundo momento. No segundo momento, as entrevistas foram realizadas com a intenção de compreender a realidade sob a ótica dos sujeitos entrevistados.

A partir dos casos da pesquisa foram identificados os seguintes sujeitos a serem envolvidos nas entrevistas sobre as ações judiciais em saúde:

- a) Usuário(a): beneficiário(a) da ação que em determinada circunstância recorreu ao Judiciário em busca da tutela jurisdicional.
- b) Gestor(a) municipal: aquele(a) responsável por organizar e prestar os serviços públicos de interesse local, de caráter essencial, assim como coopera técnica e financeiramente com a União e o estado, nos serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).
- c) Procurador(a) municipal: aquele(a) profissional da área jurídica com atribuições de representar, judicial e extrajudicialmente, o município, bem

como promover o assessoramento jurídico da administração pública, direta e indireta.

- d) Defensor(a) público(a): aquele(a) membro da defensoria pública que prestasse assistência integral e gratuita aos que não possuem condições financeiras para arcar com serviços de advogados particulares e que litigam em favor dos interesses dos seus assistidos.
- e) Promotor(a) público(a): aquele(a) representante do Ministério Público que atua na defesa dos interesses sociais e pessoais indisponíveis, como, por exemplo, a defesa da saúde.
- f) Juiz(a): aquele(a) que exerce atividade jurisdicional julgando conflitos de interesses que são submetidos à sua apreciação.

Os sujeitos entrevistados na pesquisa participaram cordialmente, atentos ao interesse substancial ao qual a pesquisa se propunha. Contatos telefônicos, visitas presenciais ou até mesmo aproximação do pesquisador com o sujeito na própria Secretaria de Saúde foram estratégias utilizadas para convite dos sujeitos à adesão nesse processo da pesquisa.

Para esse fim, participaram das entrevistas 17 pessoas (sete usuários, seis atores das instituições jurídicas e quatro atores do Executivo municipal). Os envolvidos nas entrevistas foram selecionados atendendo aos critérios de inclusão abordados anteriormente na metodologia.

3.1.5 Análise dos dados

A análise do estudo de caso envolveu o uso de dados quantitativos e qualitativos, incluindo quantidades substanciais de dados quantitativos, submetidos à análise, ao mesmo tempo em que os dados qualitativos foram integrados, tornando-se uma estratégia de análise forte, segundo Yin (2010).

Assim, para analisar os dados da pesquisa foi essencial aplicar a técnica de síntese cruzada dos dados, descrita por Yin (2010). A análise procedeu nessa técnica, pois no contexto de Leopoldina-MG foi selecionado mais de um caso.

Como critério organizacional da pesquisa os dados foram analisados do seguinte modo: os dados quantitativos foram transferidos para o programa Excel 2003 (*Microsoft Corp.*, Estados Unidos) para o processamento, permitindo a

análise dos dados, a tabulação, montagem dos gráficos e das tabelas da pesquisa. Já para os dados qualitativos das entrevistas, foi elaborada uma matriz para consolidação dos dados das entrevistas (ANEXO B). A partir dela foram categorizadas as informações dos respondentes das entrevistas para que assim fossem codificadas as informações importantes na análise dos dados.

Yin (2010) descreve a importância da criação de tabelas de palavras que apresentem os dados individuais de acordo com alguma estrutura uniforme. Essas tabelas de palavras contam com uma interpretação argumentativa do material e não o tabulam numericamente. Assim, com base nessa informação, procedeu-se à análise com base na matriz citada acima (YIN, 2010).

As tabelas de palavras complementares podem ir além dos simples aspectos de um caso e reunir todo um conjunto de aspectos em uma base de caso para caso. A análise pode, então, iniciar a sondar se os grupos diferentes de casos parecem compartilhar algumas similaridades, merecendo ser consideradas instâncias do mesmo tipo de caso geral. Essa observação pode levar à análise dos estudos de caso reunidos para verificar se refletem subgrupos ou categorias de casos gerais - levantando a possibilidade de uma tipologia de casos individuais que pode ser altamente discernível (YIN, 2010, p. 188).

Nesse sentido, foi conduzida a matriz para categorização e codificação das informações dos respondentes das entrevistas (ANEXO A). Essas informações foram encadeadas verificando-se a singularidades das ideias, tendo em vista levantar a tipologia do caso estudado no município de Leopoldina-MG.

Ao final da preparação do material, os dados foram apresentados e discutidos tendo como base o referencial teórico sobre o tema com as seguintes categorias de análise identificadas nas entrevistas: direito à saúde, assistência à saúde e ação judicial.

3.1.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, com parecer nº 202.754/2013, como requisito de apreciação ética em pesquisa com seres humanos sob a Resolução nº 196/1996; 466/2012 e demais legislações correlatas do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

As finalidades das informações resultantes desta pesquisa são de cunho acadêmico e científico, bem como para contribuir com o processo de trabalho e melhoria dos serviços prestados pelo SUS.

Considerando-se a ética do projeto de pesquisa para a abordagem metodológica com sujeitos, foram adotados, ao início de cada entrevista, os procedimentos éticos relativos ao estudo, no que concerne à leitura, esclarecimento de eventuais dúvidas e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada sujeito entrevistado, com a devida garantia da confidencialidade de sua identidade. Além disso, foi realizada a explicitação dos objetivos da pesquisa e da contextualização dos motivos que levaram à escolha daquele informante-chave para contribuir com a coleta de dados.

3.1.7 Período estudado

O pesquisador realizou a coleta de dados referente às ações judiciais em saúde pública do ano de 2012, de acordo com a distribuição do TJMG, e utilizou o período para coletar dados no campo de pesquisa compreendido entre abril e outubro de 2013.

4 O CASO DE LEOPOLDINA

Após a descrição metodológica, o caso de Leopoldina será apresentado neste capítulo. Inicialmente, serão demonstradas algumas características gerais e posteriormente o caso do município de Leopoldina-MG na judicialização do SUS.

4.1 Características do município

O município de Leopoldina está situado na região sudeste do estado de Minas Gerais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma população residente de 51.130 pessoas distribuídas em 24.546 do sexo masculino e 26.584 do sexo feminino. A população residente alfabetizada é constituída por 44.405 pessoas. O valor do rendimento nominal médio dos domicílios particulares permanentes situados na área rural é de R\$ 1.224,01 e urbano de R\$ 1.975,97, a partir de informações declaradas pelos residentes no Censo realizado pelo IBGE em 2010 (IBGE, 2010).

Segundo informações do Ministério da Saúde por intermédio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do ano de 2012, a rede assistencial no município de Leopoldina possuía 115 estabelecimentos, sendo 81 estabelecimentos privados, um estadual e 33 municipais, distribuídos entre esfera pública ou privada, prestador SUS ou não. Entre os estabelecimentos privados prestadores SUS, um é hospital geral e um outro é hospital especializado em Psiquiatria. Já os estabelecimentos municipais prestadores SUS estão distribuídos, por tipo, em 16 centros de saúde/ unidades básicas de saúde, dois ambulatórios especializados, cinco consultórios médicos, uma farmácia, duas policlínicas, uma Secretaria de Saúde e uma unidade de apoio em diagnóstico e terapia (Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES).

Ainda segundo informações do Ministério, o número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares da rede assistencial foi composto, respectivamente, de 1.256.627 e 4.274 atendimentos, de acordo com as TAB. 1 e 2, por grupos de

procedimento. Os grupos de procedimento de medicamentos, clínicos e com finalidade diagnóstica concentram o maior número de atendimentos executados na rede assistencial do município.

TABELA 1 - Produção ambulatorial realizada por grupo de procedimento no município de Leopoldina

Grupo procedimento	Quantidade Aprovada
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	23.846
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	129.566
03 Procedimentos clínicos	184.798
04 Procedimentos cirúrgicos	10.972
06 Medicamentos	906.960
07 Órteses, próteses e materiais especiais	485
Total	1.256.627

Fonte: Brasil (2012a).

TABELA 2 - Produção hospitalar realizada por grupo de procedimento no município de Leopoldina

Grupo procedimento	Internações
03 Procedimentos clínicos	3.081
04 Procedimentos cirúrgicos	1.193
Total	4.274

Fonte: Brasil (2012b).

No Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) o município ficou classificado entre 5 e 5,99 no ano de 2010, agrupado ao grupo 3 de municípios homogêneos, aqueles que possuem índice socioeconômico médio, condições de saúde médio, estrutura do sistema de saúde do município com pouca estrutura de média e alta complexidade juntamente com outros 632 municípios do estado de Minas Gerais. Esse índice visou, entre outras coisas, à avaliação do desempenho do SUS nos municípios quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes e ao acesso e efetividade nos diferentes níveis de atenção básica, especializada em ambulatório e hospital em urgências e emergências (BRASIL, 2010).

Para destacar o município no âmbito da saúde, foi utilizado o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR/MG, 2010). Segundo esse

instrumento de planejamento e gestão, que tem por base a descentralização para melhoria do acesso dos usuários, integração dos princípios da integralidade, equidade e economia de escala e compõe uma regionalização da atenção à saúde, o estado de Minas Gerais possui população de 20.033.665 de habitantes distribuídos em 853 municípios inseridos nas 13 macrorregiões sanitárias, entre elas a sudeste (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Inserida na macrorregião sudeste, a microrregião Leopoldina/Cataguases, uma microrregião bibolar, ou seja, os dois municípios, Leopoldina e Cataguases, exercem atratividade nas ações e serviços de saúde. Essa microrregião é composta de 10 municípios com população de 175.355 habitantes, sendo a base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade. Em caráter excepcional, compõe procedimentos de alta complexidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Assim, ilustra-se na FIG. 2 o município na microrregião Leopoldina/Cataguases.

FIGURA 2 - Mapa microrregional: Leopoldina/Cataguases



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

4.2 O estudo de caso

Os questionamentos que envolvem a judicialização do SUS são pontos inerentes ao cotidiano de atividades do Executivo e do Legislativo. O Judiciário age mediante a provocação cidadã em busca de um direito estabelecido na Constituição Federal de 1988. A garantia por direitos individuais tem sido atribuída à noção de judicialização nesse setor. Chieffi e Barata (2009) relatam bem essa situação:

Após a aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988 tornou-se cada vez mais frequente a interferência do Poder Judiciário em questões que, primariamente, são da competência dos poderes Executivos ou Legislativos. A este novo papel exercido pelo Judiciário na garantia de direitos individuais tem sido atribuída a noção de judicialização (CHIEFFI; BARATA, 2009, p. 1839).

As ações judiciais em saúde vêm ao longo dos anos apresentando aumento exponencial para acesso no setor saúde e autores como Chieffi e Barata (2009), Marques, Melo e Santos (2011), Marques (2008), Roquete (2010) e Silva (2010) expõem essa realidade. Na saúde, a judicialização tem se traduzido como uma forma de acesso a bens e serviços do setor pelo intermédio de ações judiciais (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Assim, estudar a judicialização, além da motivação pessoal já apresentada pelo autor, é também uma repercussão na literatura contemporânea entre aqueles que estudam o direito e a judicialização na saúde. Contudo, descreve-se a seguir os resultados das ferramentas adotadas ao desenvolver o estudo de caso.

4.2.1 Documentos

O acesso às ações judiciais ocorreu mediante autorização local dos respectivos responsáveis que designaram sujeitos para acompanhar o pesquisador. As unidades que integraram a coleta de dados foram: o TJMG, representado na comarca de Leopoldina, que atende aos municípios de Leopoldina, Recreio e Argirita, e a SMS de Leopoldina.

A SMS de Leopoldina, assim como a Procuradoria Municipal, possui arquivos separados para os processos judiciais. A partir dos arquivos começou-se

a aproximação com o campo de pesquisa que permitiu o aprimoramento do formulário para coleta de dados (APÊNDICE A), ao que o campo de pesquisa permitia fornecer, em informações para análise e discussão deste estudo.

No campo, foi identificado que o TJMG possuía uma organização que admitia controle sobre os dados a serem coletados. Essa organização foi importante para a decisão de coletar os dados dos processos a partir do TJMG, utilizando como ponto fundamental o controle interno de distribuição e disponibilização dos processos na unidade. A comarca de Leopoldina é constituída de duas varas cíveis e um juizado especial. No primeiro levantamento dos processos existentes realizados pelo pesquisador foram identificadas 123 ações judiciais em saúde distribuídas da maneira exibida na TAB. 3:

TABELA 3 - Distribuição dos processos no Judiciário (prévia)

Setor	Quantidade
Segunda Vara	56
Primeira Vara	57
Juizado Especial	10
Total	123

Fonte: do autor.

O total de processos inicialmente encontrados foi avaliado de forma que atendesse aos critérios estabelecidos na metodologia da pesquisa. Assim, na leitura dos processos pôde-se perceber que alguns não envolviam como réu o município de Leopoldina e, necessariamente, precisaram ser excluídos. Ao todo foram excluídos 40 processos com a seguinte distribuição (TAB. 4):

TABELA 4 - Distribuição dos processos no Judiciário

Setor	Quantidade
Segunda Vara	16
Primeira Vara	22
Juizado Especial	02
Total	40

Fonte: do autor.

Após esse levantamento foram relacionados os processos que atendiam aos requisitos estabelecidos para a pesquisa, tornando possível o preenchimento do formulário de caracterização dos processos judiciais (APÊNDICE A). Esse formulário foi adequado à realidade encontrada na ambientação do pesquisador com o campo de pesquisa, o que permitiu a adequação das informações a serem coletadas abordando as três dimensões a seguir:

- a) Caracterização da ação judicial;
- b) característica do(a) beneficiário(a) na ação judicial;
- c) característica assistencial da ação judicial.

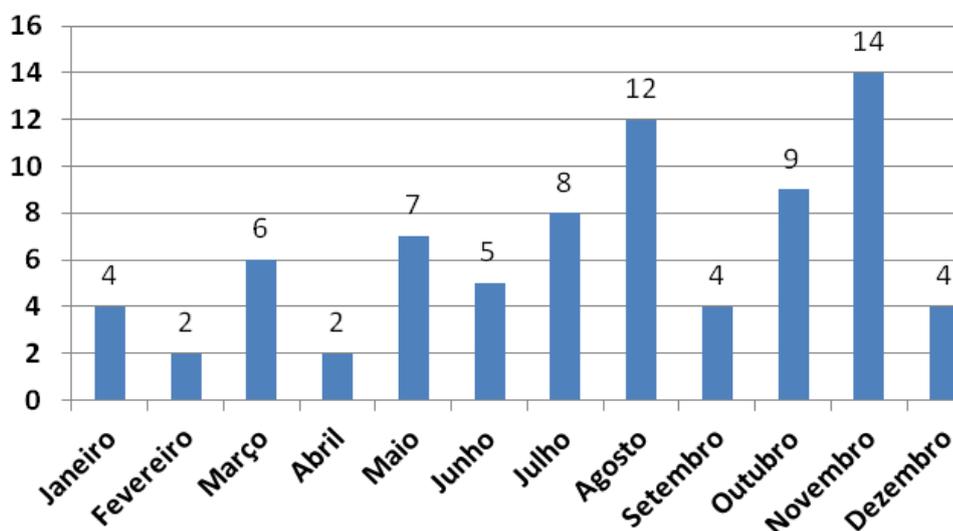
Essas divisões do formulário foram essenciais para identificar o perfil das ações judiciais, dos beneficiários e assistencial. Enfim, os tópicos a seguir tratam das informações obtidas.

4.2.1.1 Perfil das ações judiciais

Neste subitem destaca-se o perfil das ações judiciais no município. Serão demonstrados sua distribuição ao longo do ano, os pedidos de liminares/ antecipação de tutela, o deferimento do pedido inicial, o tipo de ação, o autor da ação e sua devida representação.

Os 77 processos judiciais, ao longo do ano de 2012, apresentaram um pico de distribuição, os meses de fevereiro e abril tiveram o menor número de ações e os meses de agosto e novembro os maiores (GRÁF. 1).

GRÁFICO 1 - Distribuição mensal dos processos judiciais no TJMG em Leopoldina-MG



Fonte: do autor.

Todos os processos incorporados ao levantamento estiveram relacionados ao pedido na inicial de liminar ou tutela antecipada. Quanto ao pedido inicial, 95% dos casos foram deferidos pelos juízes da comarca de Leopoldina e 5% indeferidos. As ações tiveram caráter individual e não foi identificada a ocorrência de ação coletiva. O autor da ação em 86% dos casos foi a pessoa física e em 14% o Ministério Público. Neste caso não houve ação em que o autor fosse pessoa jurídica. A defensoria pública no município esteve presente em grande parte das ações judiciais. A representação ocorreu por advogado particular em 14% dos casos, 72% pela defensoria pública e 14% por parte do Ministério Público (TAB. 5).

TABELA 5 - Despacho, autor e representante das ações judiciais

Despacho	n	%
Sim	73	95
Não	4	5
Autor da Ação	n	%
Pessoa Física	66	86
Ministério Público	11	14
Representante do Autor	n	%
Defensoria Pública	55	72
Advogado Particular	11	14
Ministério Público	11	14

Dados dos valores absolutos; e porcentagens.

Fonte: do autor.

Interessante notar é que as ações judiciais obtiveram picos em alguns meses do ano, foram representados em grande parte pela defensoria pública e individuais. Além disso, foi obtido um percentual considerável de deferimentos (95%). No entanto, cabe ressaltar que não foi intenção da pesquisa identificar as razões adotadas em cada despacho pelos juízes.

4.2.1.2 Perfil dos beneficiários nas ações judiciais

Os beneficiários da ação judicial foram caracterizados de acordo com o sexo, idade, ocupação, local de residência e se ocorreu pedido de assistência judiciária gratuita.

Em relação ao sexo do beneficiário da ação, observa-se que as mulheres estiveram relacionadas a algum tipo de ação em 65% dos casos e os homens em 35%. Na classificação por faixa etária, foram utilizadas sete faixas para melhor distribuir os indivíduos entre elas e classificá-los de acordo com a TAB. 6 a seguir:

TABELA 6 - Gênero e faixa etária dos usuários das ações judiciais

Gênero	n	%
Feminino	50	65
Masculino	27	35
Faixa Etária	n	%
<1	4	7
1 – 4	2	3,5
5 – 19	4	7
20 – 39	12	21,1
40 – 59	18	31,6
60 – 79	11	19,3
>80	6	10,5

Dados dos valores absolutos; e porcentagens.

Fonte: do autor.

A TAB. 6 mostra considerável presença de indivíduos nas faixas entre 40 e 59 anos (31,6%), 20 a 39 anos (21,1%) e 60 a 79 anos (19,3%), representando aproximadamente 72% dos indivíduos beneficiários da ação judicial. As demais faixas, menor de um ano (7%), um a quatro anos (3,5%), cinco a 19 anos (7%) e 80 anos e mais (10,5%), representam a menor parcela (28%) dos beneficiários.

Quanto às ocupações do lar (22%), aposentados (16,2%) e menores (18,3%; identificando aqueles que não possuem ocupação e são menores de 18 anos) foram os mais frequentes, apesar do considerável número de beneficiários em que não foi possível localizar a ocupação, ficando registrado como “não informado” (18,3%).

Sobre o local de residência no município, houve significativa distribuição geográfica sobre o território do município, com mais concentração nos bairros Bela Vista (14%), Centro (10%) e São Cristóvão (9%), sendo que os demais representaram 67%.

Quanto à assistência judiciária gratuita, em 99% das ações ocorreu com o pleito deste benefício pelos usuários.

Em síntese, os usuários são, em sua maioria, mulheres e concentram-se numa faixa etária superior a 20 anos com ocupações informadas: do lar, aposentados ou até mesmo menores de idade. Estes residem principalmente nos bairros Bela Vista, Centro e São Cristóvão e são atendidos, na grande maioria, pela assistência judiciária gratuita. É importante ressaltar que os dados dos

beneficiários foram registrados a partir das informações disponíveis nas ações judiciais

4.2.1.3 Perfil assistencial das ações judiciais

O perfil assistencial das ações judiciais apresenta informações sobre os insumos pleiteados, a modalidade de atendimento solicitado, nível de complexidade, insumo pleiteado e sua relação com as tabelas SUS, prescrição por profissional do SUS e o falecimento da parte autora no curso do processo.

Os usuários pleitearam, ao todo, 114 insumos de acordo com a necessidade específica de saúde, listados no ANEXO B. Em determinadas circunstâncias alguns usuários demonstraram interesse em pleitear mais que um insumo na ação judicial, que variou entre um e seis numa mesma ação judicial, conforme demonstrado na TAB. 7 a seguir:

TABELA 7 - Quantidade de insumos pleiteados em cada ação judicial

Número de Insumos pleiteados em cada ação judicial	Quantidade de Processos	%
1	58	75,3
2	10	12,0
3	4	5,2
4	2	2,6
5	2	2,6
6	1	1,3
Total	77	100

Dados dos valores absolutos; e porcentagens.

Fonte: do autor.

Esses insumos, após coletados no campo de pesquisa, foram comparados com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Órtese e Prótese do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) e também com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Essa comparação foi feita com referência às tabelas vigentes no ano de 2012 a fim de categorizar os itens pleiteados.

Na TAB. 8 estão disponíveis as informações sobre a modalidade de atendimento solicitado, os insumos disponíveis na tabela SUS, a prescrição do profissional SUS e o óbito no curso do processo:

TABELA 8 - Modalidade de atendimento, insumos disponíveis, prescrição e óbitos

Modalidade de atendimento	n	%
Medicamento	54	47,4
Ambulatorial	13	11,4
Hospitalar	17	14,9
Material	3	2,6
Fralda	17	14,9
Complemento nutricional	5	4,4
Transferência hospitalar	4	3,5
Oxigenoterapia hiperbárica	1	1
Insumos disponíveis na tabela SUS	n	%
Indisponível	80	70,2
Terciária	5	4,4
Secundária	16	14
Primária	3	2,6
Medicamento básico	6	5,3
Medicamento especializado	3	2,6
Não se aplica	1	0,9
Prescrição profissional SUS	n	%
Sim	64	83,1
Não	6	7,8
Não informado	7	9,1
Óbito	n	%
Sim	5	6,5
Não	72	93,5

Dados dos valores absolutos; e porcentagens.

Fonte: do autor.

A TAB. 8 demonstra que na modalidade de atendimento a maior frequência de pleitos foi a dos medicamentos em 47,4% (54 medicamentos), mas não são únicos, foram também pleiteados: fralda (14,9%), hospitalar (14,9%), ambulatorial (11,4%), complemento nutricional (4,4%), material (2,6%), transferência hospitalar (3,5%) e oxigenoterapia hiperbárica (0,8%).

Os insumos pleiteados disponíveis nas tabelas oficiais do SUS apresentam nível de complexidade para atendimento distribuído entre as competências de cada esfera de governo. Essa distribuição difere entre as modalidades de atendimento. Nos medicamentos a classificação é: básico, estratégico e especializado. Nas modalidades ambulatorial e hospitalar, entre: primária,

secundária e terciária. Porém, entre os já mencionados existem aqueles que não podem ser classificados e, para fim desta pesquisa, foram denominados indisponíveis. Neste caso também se enquadraram as seguintes modalidades: material, fralda, complemento nutricional, transferência hospitalar e oxigenoterapia hiperbárica.

Anexo aos processos judiciais está o receituário médico de indicação de uso ou necessidade de saúde. A prescrição realizada por profissional SUS ocorreu em 83,1% dos casos e em apenas 7,8% os profissionais não eram da rede SUS. Em alguns casos não foi encontrado o receituário médico e isso correspondeu a 9,1% das ações. Desses pedidos, foi verificada a existência de óbitos durante o curso do processo. Neste caso, em 6,5% do total de ações foi possível verificar baixa do processo pelo óbito da parte autora.

Quanto aos atendimentos e à classificação realizada por meio do SIGTAP e da RENAME, verifica-se na TAB. 9 que um considerável número de insumos não está disponível nas modalidades: medicamento (45), ambulatorial (cinco), material (três), fralda (17), complemento nutricional (cinco), transferência hospitalar (três) e oxigenoterapia hiperbárica (um). Ao todo os insumos indisponíveis oficialmente pelo SUS totalizaram 80. Em termos percentuais correspondem a 70,2% de todos os insumos pleiteados nas ações.

Dos medicamentos disponíveis, seis eram do componente básico e três do especializado. Em nível ambulatorial, três da atenção primária, três da secundária, um da terciária e em um a complexidade não se aplica. Em nível hospitalar, 13 são da atenção secundária e quatro da terciária. Ao todo, somente 35 insumos puderam ser classificados no nível de complexidade (TAB. 9):

TABELA 9 - Quantidade de insumos pleiteados nas ações judiciais por nível de complexidade

Modalidade de Atendimento Solicitado	Nível de Complexidade	Quantidade
Medicamento	Básico	6
	Especializado	3
	Indisponível	45
Ambulatorial	Primária	3
	Secundária	3
	Terciária	1
	Indisponível	5
	Não se aplica	1
Hospitalar	Secundária	13
	Terciária	4
Material	Indisponível	3
Fralda	Indisponível	17
Complemento NUTRICIONAL	Indisponível	5
Transferência Hospitalar	Indisponível	3
Oxigenoterapia hiperbárica	Indisponível	1

Dados dos valores absolutos.

Fonte: do autor.

Os procedimentos de atenção secundária, quando classificados de acordo com a tabela SUS, foram os mais frequentes quando comparados com os da atenção primária e terciária. No nível secundário da atenção foram predominantes os procedimentos solicitados na atenção hospitalar.

Em toda essa esfera, o que chamou a atenção foram os pleitos com insumos que não estão incorporados nas tabelas oficiais do SUS, nas quais se buscou-se verificar se os insumos estavam presentes nas listas oficiais da RENAME e SIGTAP.

Os resultados demonstraram que em 70,1% dos casos os insumos não se encontravam disponíveis e 39,9% dos casos disponíveis. A intenção foi identificar aqueles pleitos que pertenciam ou não às listas do SUS. Em algumas ações judiciais o usuário pleiteou mais de um insumo e os mesmos possuíam para este campo classificações diferentes.

As modalidades listadas na Tabela 6 estiveram focadas no número total de insumos pleiteados nas ações. Ao aprofundar somente na modalidade medicamento, a mais frequente, é possível verificar que aproximadamente em

65,4% das ações judiciais requisitou-se apenas um medicamento e 34,6% requisitaram mais de um medicamento, detalhados na TAB. 7:

TABELA 10 - Número de medicamentos solicitados em cada ação judicial

Quantidade de Medicamentos solicitados por ação	Quantidade de ações judiciais	%
1	19	65,4
2	5	17,1
3	3	10,2
4	0	0
5	2	6,8
6	1	3,4
Total	30	100

Dados dos valores absolutos; e porcentagens.
Fonte: do autor.

Por fim, em caráter complementar às informações sobre os óbitos, estes estiveram relacionados a pedidos de medicamento, fralda, cirurgia e oxigenoterapia. Dos cinco pacientes que faleceram durante o curso do processo, apenas dois possuem enquadramento na faixa etária, sendo um usuário acima de 80 anos e outro entre 40 e 49 anos. Quanto aos demais, não foi possível identificar a idade por não estar informada no processo. Os óbitos ocorreram nas modalidades de atendimento por paciente, respectivamente, no QUADRO 1 e todos eles obtiveram êxito no pedido de tutela antecipada:

QUADRO 1 - Insumos pleiteados, modalidade de atendimento, disponibilidade e existência de óbito por usuário SUS

	Insumo Pleiteado	Modalidade de Atendimento	Disponibilidade	Óbito
Usuário 1	Alois 100 mg	Medicamento	Indisponível	Sim
	Fralda	Fralda	indisponível	Sim
Usuário 2	Fralda geriátrica	Fralda	Indisponível	Sim
Usuário 3	Fralda geriátrica	Fralda	Indisponível	Sim
Usuário 4	Oxigenoterapia domiciliar noturna	Ambulatorial	Primária	Sim
Usuário 5	Adaptação de prótese ocular	Ambulatorial	Secundária	Sim
	Cirurgia para correção de entrópio palpebral no olho direito	Hospitalar	Secundária	Sim

Fonte: do autor.

4.2.1.4 Discussão sobre o perfil das ações judiciais

“A leitura do mundo precede a leitura da palavra”.

Paulo Freire.

Neste ponto inicia-se a discussão sobre o escopo local dessas ações judiciais. Os resultados apresentados são oriundos da pesquisa de campo. De fato, a judicialização demonstrou no município informações que retratam uma realidade a ser dimensionada com informações da literatura sobre o tema e o contexto real do município com outras realidades já devidamente relatadas pelos mais diversos trabalhos e autores.

As ações judiciais em saúde ao longo do período de um ano apresentaram picos de distribuição, maior e menor. Na literatura, essas ações vêm demonstrando aumento ao longo dos últimos anos (MARQUES, 2008; MARQUES; MELO; SANTOS, 2011; ROQUETE, 2010; SILVA, 2010).

Relatório desenvolvido pela Advocacia Geral da União destinado ao Ministério da Saúde demonstrou que ao longo dos anos as ações judiciais aumentaram e trouxeram consigo considerável impacto no orçamento. Assim, foi

possível verificar que nos anos de 2009, 2010 e 2011 ocorreu aumento no número de ações (BRASIL, 2013).

Essa tendência crescente não foi encontrada ao longo do ano em Leopoldina-MG, mas o que ficou evidente foram picos de ações judiciais em alguns meses.

Contudo, o despacho dessas ações em Leopoldina-MG obteve deferimento de 95% dos casos. Esse número ilustra alto grau de deferimentos. Quanto a isso, Zhouri *et al.* (2010) identificaram que de 1.077 acórdãos, 84% deles obtiveram êxito nas liminares, demonstrando o alto grau de deferimento de ações por parte do juiz (ZHOURI *et al.*, 2010).

As ações judiciais surgem de demandas dos cidadãos não atendidas pelo setor público e são elaboradas por defensores, promotores ou advogados. Ao protocolar a ação no Tribunal de Justiça, um juiz habilitado julga os fatos e argumentos apresentados pelas partes. No caso de Leopoldina, 95% dos casos foram deferidos em favor do cidadão demandante da ação. A ideia que se aproxima é a de que as decisões judiciais no setor saúde são bastante sensíveis em favor do usuário ao pleito de um benefício. Em Pernambuco, Marçal (2012) encontrou percentual de 99,1% de deferimento de ações judiciais em primeira instância por juízes.

Os usuários foram representados em 71% dos casos pela defensoria pública. Essa prevalência de representação ocorreu também nos estados do Pernambuco, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Espírito Santo (BARCELOS, 2010; MARÇAL, 2012; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; VENTURA *et al.*, 2010). Nessa pesquisa, a parcela de participação de advogados particulares e do Ministério Público foi pequena. Os advogados particulares representaram 14% das ações, bem próximo dos resultados apresentados por Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005). Outros estudos, porém, evidenciaram situação contrária a essa realidade, com predominância dos representantes privados (MACHADO *et al.*, 2011; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Esse quadro demonstra a importante atuação da defensoria no município ao representar usuários em ações individuais que requerem do setor público tratamento de saúde na via judicial. Barcelos (2010) revelou que no estado do Espírito Santo a defensoria pública foi uma referência para a população.

Asensi (2010) nota que a defensoria pública possibilita o acesso e o atendimento do direito às pessoas hipossuficientes com serviço de assistência judiciária integral e gratuita de caráter individual (ASENSI, 2010a). Assim, a defensoria, ao possibilitar o acesso de usuários, faz com que o direito individual seja representado. No caso da defensoria, esta vem fazendo com que aqueles que possuem insuficiência financeira obtenham acesso.

Os usuários foram beneficiados pela gratuidade de justiça em 99% dos casos, o que se aproxima do achado de Ventura *et al.* (2010). Isso se deve à elevada representatividade jurídica da defensoria pública e Ministério Público (85%) nos casos.

Quanto à assistência judiciária gratuita, Marçal (2012) e Ventura *et al.* (2010) também obtiveram resultados atenuantes. Para eles, pode-se inferir que a assistência judiciária gratuita ocorre quando o beneficiário da ação não tem condições de arcar com os custos do processo e também não tem condições de arcar com as custas do tratamento de saúde pleiteado. Quando isso acontece, o usuário não tem condições de custear o tratamento pleiteado na ação, tendo em vista que as despesas com a ação judicial são menores que a despesa com o possível tratamento. Nesse contexto, Ventura *et al.* (2010) asseguram:

Mesmo considerando que as normas legais de acesso gratuito são diferenciadas nos sistemas de justiça e de saúde, pode-se inferir que o reivindicante também não possui condições para arcar com os custos de seu tratamento, considerando que as despesas judiciais em geral são pontuais e bem menores do que as despesas com alguns tratamentos de saúde. Neste sentido, a alta intensidade deste tipo de demanda não permite afirmar que ela, necessariamente, viole a equidade no acesso à saúde, mas aponta que tem favorecido o acesso ao sistema público de cidadãos sem condições de arcar com os custos de seus medicamentos e da demanda judicial – conquanto esta característica majoritária da demanda judicial possa ser problematizada no estabelecimento de critérios para o alcance da equidade no acesso à saúde (VENTURA *et al.*, 2010, p. 90-91).

No sistema de justiça gratuita são beneficiados aqueles que não possuem potencial financeiro para arcar com as custas processuais. Na saúde, o direito é universal e todos possuem o benefício de usufruir do setor mediante conduta técnica necessária para melhoria da situação de saúde. Os dados de Leopoldina-MG retratam uma realidade voltada para aqueles cidadãos sem condições de arcar com as custas do processo na via judicial e do tratamento de saúde, que é

conseguido pela atuação da defensoria pública ao garantir direito àqueles que necessitam. Essa realidade não permite afirmar que a via judicial esteja prejudicando a equidade no setor saúde.

As mulheres possuem potencial de reivindicação superior aos homens nas ações judiciais, com tendência superior a buscar o setor Judiciário para serem atendidas. Em Leopoldina, o sexo feminino, em 65% dos casos, foi predominante à representatividade masculina. Outros estudos, como os de Machado *et al.* (2011), Marçal (2012) e Vieira e Zucchi (2007), abordam essa mesma realidade. Talvez isso esteja associado ao acesso e à busca pelo tratamento de saúde por parte dos homens, ou seja, possivelmente os mesmos procuram menos serviços de saúde. Sobre isso, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) concluíram que fatores intrínsecos ao homem fazem com que eles não procurem o cuidado em unidades de saúde. Esses fatores associam a procura ao serviço de saúde à fraqueza, medo, insegurança e à possibilidade de descobrir doenças (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Assim, o fato de não buscar atendimento de saúde pode também estar refletindo nas ações judiciais da saúde, em que os usuários do sexo masculino buscam menos por benefícios.

Os usuários, quando classificados por faixa etária, estabelecem significativa presença entre 20 e 79 anos em 72% das ações, sendo que a mais predominante foi a faixa entre 40 e 59 anos, com 31,5% de usuários, seguida pelas faixas acima de 60 anos com o total de 29,8% dos casos. Quando observados outros estudos nos estados do Pernambuco e Minas Gerais (MARÇAL, 2012; MACHADO *et al.*, 2011), os resultados no segmento da faixa de 60 anos e mais foram predominantes. Mas a faixa etária entre 40 e 59 anos obteve também representatividade muito próxima da dos idosos com 60 anos e mais. Em Leopoldina, ao agregar as faixas 60 a 79 anos e 80 anos e mais, essa população aumenta e obtém resultados semelhantes aos estudos citados.

Vale lembrar que a população de Leopoldina, segundo dados do IBGE no Censo 2010, representava o total residente de 51.130 pessoas. A TAB. 11 categoriza por faixa a população residente:

TABELA 11 - Característica da população residente por faixa etária

Faixa Etária	Habitantes	Percentual
0 a 4 anos	3.088	7
5 a 19 anos	11.770	23
20 a 39 anos	15.542	30
40 a 59 anos	12.995	25
60 anos e mais	7.735	15
Total	51.130	100

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

A concentração de população por faixa apresenta-se com mais volume na faixa entre 20 e 39 anos de idade, sendo que 55% da população concentram-se na faixa entre 20 e 59 anos. Quando se relaciona o número de ações judiciais à população residente, verifica-se que 29,8% das ações concentram-se na faixa etária de 15% do total da população (60 anos e mais) e outros 52,3% entre a faixa etária de 20 a 59 anos, o que corresponde a 55% da população, sendo que o número de ações tende a aumentar conforme a faixa etária (TAB. 12):

TABELA 12 - Faixa etária da população e o número de ações judiciais em Leopoldina

Faixa Etária	População	Número de Ações
0 a 4 anos	3.088	6
5 a 19 anos	11.770	4
20 a 39 anos	15.542	12
40 a 59 anos	12.995	18
60 anos e mais	7.735	17
Total	51.130	57

Fonte: do autor.

Relacionando a população de 10 anos ou mais de idade à condição de atividade na semana de referência como economicamente ativa, verifica-se que a faixa entre 20 e 39 anos possui o maior número de pessoas economicamente ativas, conforme ilustrado na TAB. 13:

TABELA 13 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade com condição de atividade na semana de referência de economicamente ativas

Faixa Etária	Habitantes	%
10 a 14 anos	166	1%
15 a 19 anos	1.416	6%
20 a 39 anos	11.907	49%
40 a 59 anos	9.219	38%
60 anos e mais	1.754	6%
Total	24.462	100%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Assim, os resultados permitem inferir que a população de Leopoldina economicamente ativa e inserida nas faixas etária entre 20 e 59 anos são as que mais requerem atendimento em saúde por intermédio do Judiciário em 55% da parcela total da população residente e 87% da população economicamente ativa. Esse fator leva a pensar em possível impacto econômico e social na vida também daqueles que estão inseridos no mercado de trabalho com risco de afastamento por motivo de saúde.

Nesse contexto, a renda é algo importante a ser considerado. Com dados obtidos também do IBGE no Censo 2010 utilizando a proporção de pessoas com baixa renda, percebe-se que desde 1991 a população de Leopoldina aumentou e o número de pessoas que recebem menos de um e dois salários mínimos diminuiu, não permitindo estabelecer, neste momento, relação direta entre renda, população e/ou aumento no número de ações judiciais, mas torna-se importante considerar esses fatos em estudos econômicos futuros (TAB. 14).

TABELA 14 - Proporção de pessoas com baixa renda no município

% população com renda por ano			
Município: Leopoldina			
Período: 1991, 2000, 2010			
Ano	% população renda < 1/2 SM	% população renda < 1/4 SM	População total
1991	78,61	53,88	44767
2000	47,29	19,2	49612
2010	33,51	10,73	50928

SM: salário mínimo.

Fonte: IBGE, Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

Entretanto, a ocupação informada pelos usuários mais presentes foram os aposentados e do lar, representando 38,96% do total, sendo, respectivamente, 16,88 e 22,08%. Essas ocupações foram também registradas por Marçal (2012), Machado *et al.* (2011) e Vieira e Zucchi (2007). Fato importante a mencionar é que as ocupações informadas pelos usuários demonstram nível de escolaridade intermediário. Apenas um usuário identificou nível de escolaridade superior. Como a pesquisa baseou a coleta de dados nos dados informados pelo processo, ressalta-se que pessoas com nível superior de escolaridade não têm procurado acesso à saúde pela via judicial no município. Estudos futuros talvez sejam interessantes para maturar esse assunto.

No município houve considerável dispersão dessas ações pelos bairros da cidade. As ações judiciais obtiveram mais concentração nos bairros Bela Vista e Centro, que somaram, ao todo, 24%. Porém, os demais bairros, ao todo 27, somaram 76%. Não se pode comparar por ter uma metodologia de estudo diferente abrangendo o estado de Minas Gerais, mas esse resultado faz lembrar dados de Machado *et al.* (2011), que obtiveram o total de ações superior nas demais regiões do estado quando comparada à capital (MACHADO *et al.*, 2011). Com base no município, verifica-se que este percentual se aloca em 27 bairros e não no centro e Bela Vista, bastante populosos.

Os insumos judicializados chamaram a atenção neste estudo em alguns aspectos. Em 45% dos processos, os sujeitos solicitam mais de um insumo, podendo se chegar a seis; e os demais 55% solicitam apenas um insumo na ação. Essa realidade converge para uma diversidade de elementos requisitados na via judicial. Borges e Ugá (2010) retratam uma situação ocorrida no estado do Rio de Janeiro em 2005 na qual o estado foi demandado por fornecer insumos diversos aos usuários do SUS que acionaram o Judiciário. Essas ações envolveram medicamentos, alimentos, fraldas descartáveis e outros, cuja citação se reproduz:

Com base nos dados fornecidos foram identificadas 2.245 ações judiciais propostas contra o estado do Rio de Janeiro no ano de 2005, no Fórum Central da comarca da capital do estado do Rio de Janeiro, tendo por objeto o fornecimento de medicamentos. [...] Deve-se ressaltar que em algumas ações também são pleiteados outros itens além de medicamentos, tais como alimentos, camas hospitalares, cadeiras de rodas, luvas descartáveis, seringas, sondas, fraldas descartáveis, aparelhos para medir glicose, entre outros (BORGES; UGÁ, 2010, p. 61).

As demandas por atendimento apresentam forte presença dos medicamentos nos pedidos de usuários na via judicial. Isso talvez explique a concentração de estudos voltados para a área de medicamentos na judicialização do setor (CAMPOS NETO *et al.*, 2012; CHIEFFI; BARATA, 2009; LOPES *et al.*, 2010; MARÇAL, 2012; VIEIRA; ZUCCHI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2009). Além dos medicamentos, existem outros itens que também são levados ao juízo local como um requisito do direito à saúde.

O número de insumos pleiteados por ação judicial obteve alternância entre um e seis e essa mesma realidade ocorreu com os pleitos por medicamentos. Em 65,4% os pleitos foram por um medicamento. Macedo (2010) e Barcelos (2010) também encontraram essa mesma realidade com o pleito de um medicamento por ação judicial, sendo, respectivamente, 67,9% no estado de São Paulo e 75% no estado do Espírito Santo. No estudo realizado por Vieira e Zucchi (2007) no município de São Paulo, 43,5% solicitavam um medicamento e 20% das ações mais de quatro medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Dos 54 medicamentos pleiteados nas ações judiciais, 45 estavam indisponíveis. Estes ainda lideraram a lista de insumos solicitados nas ações judiciais não relacionados na listagem oficial do SUS, a RENAME e o SIGTAP, embora não sejam os únicos ausentes em listagem de dispensação ou oferta pelo SUS aos usuários. Em outros locais, o resultado dos medicamentos ausentes nas listagens oficiais foi semelhante em 56,7% em Minas Gerais (MACHADO *et al.*, 2011) e 87,3% em Pernambuco (MARÇAL, 2012). Em outros estudos foram encontrados maior número de ações de medicamentos presentes nas listagens oficiais (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; VIEIRA; ZUCCHI, 2007)

Entre os elementos não inseridos nas listagens oficiais, 19,5% correspondem a fraldas, que além de não equivalerem à tabela de insumos disponibilizados pelo SUS, também não são de responsabilidade da assistência social, conforme Resolução nº 39/2010 do Conselho Nacional de Assistência Social. Essa resolução dispõe sobre o processo de reordenamento dos benefícios eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à política de saúde a seguir:

Art. 1º Afirmar que não são provisões da política de assistência social os itens referentes a órteses e próteses, tais como aparelhos ortopédicos, dentaduras, dentre outros; cadeiras de roda, muletas, óculos e outros itens inerentes à área de saúde, integrantes do conjunto de recursos de tecnologia assistiva ou ajudas técnicas, bem como medicamentos, pagamento de exames médicos, apoio financeiro para tratamento de saúde fora do município, transporte de doentes, leites e dietas de prescrição especial e fraldas descartáveis para pessoas que têm necessidades de uso (BRASIL, 2010, p. 2).

Sobre a oferta de medicamentos pelo SUS, Barcelos (2010) indica desatualização das listagens oficiais quando ocorre demanda por medicamento ou mesmo algum outro para substituí-lo. Identifica também falha dos órgãos públicos quando o medicamento demandado encontra-se nas listagens oficiais (BARCELOS, 2010). Entre os insumos não disponibilizados pelo SUS, os resultados revelam que 70,1% não se encontravam disponíveis e 39,9%, disponíveis. Esses dados ensejam o debate que a gestão do SUS precisa para atualizar as listagens de medicamentos, insumos e procedimentos a serem ofertados pelo SUS.

Em tempo, entre o elevado número de insumos solicitados por usuários, alguns não puderam ser classificados pelo nível de complexidade nas listagens oficiais, tendo em vista sua inexistência nessas listagens. Dos medicamentos disponíveis, seis (11,1%) eram do componente básico e três (5,5%) do especializado. Quanto aos resultados encontrados, estes foram inversamente proporcionais aos encontrados por Marçal (2012) no Pernambuco. Na atenção ambulatorial e hospitalar o nível de atenção secundário foi predominante, sendo esses procedimentos de média complexidade. De fato, os procedimentos de média complexidade assistencial são superiores aos demais e essa demanda no planejamento da saúde deve ser resolutiva na microrregião sanitária, tendo em vista o PDR/2010, em que município é um polo microrregional, ou seja, que exerce atratividade para esses tipos de serviços.

Apesar disso, Campos Neto *et al.* (2012) consideram que as ações judiciais proporcionam visibilidade à existência de vazios assistenciais e às dificuldades nas políticas de saúde pública que condicionam o acesso e também o debate necessário para o alcance de soluções (CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Contudo, a NOAS organiza as ações de média complexidade:

A Atenção de Média Complexidade – MC – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país (BRASIL, 2011a, p. 177).

Considerando o PDR/MG, que é um instrumento de planejamento e gestão direcionado para a descentralização para melhoria do acesso dos usuários que se integra aos princípios da integralidade, equidade e economia de escala e compõe a regionalização da atenção à saúde, a microrregião Leopoldina/Cataguases é base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade. O município de Leopoldina precisa resolvê-las no âmbito da microrregião.

Nas demandas, a prescrição realizada por profissionais de saúde vinculados ao SUS - médicos - esteve presente em 83,1% das ações. somados serviço público e conveniados ao SUS. Isso corresponde a uma considerável frequência de prescrições, também relatadas por Marçal (2012), Vieira e Zucchi (2007) e Leite e Mafra (2010), que encontraram, respectivamente, 80,6% no estado do Pernambuco, 72% no município de São Paulo-SP e 50% no município de Itajaí-SC. Nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo, ocorreu uma situação em que os serviços privados incidiram com mais alto grau de prescrição sobre os demais, com 70, 74 e 62,9%, respectivamente (BARCELOS, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO *et al.*, 2011;). Marçal (2012) considera importante, quando o tratamento não estiver garantido, que haja diálogo com os gestores para que a distância entre o usuário e o tratamento não seja grande (MARÇAL, 2010).

A maior parte das demandas judiciais decorreu de prescrições do próprio SUS, em desacordo aos protocolos vigentes. Isso sugere que os profissionais médicos precisam estar de acordo com os protocolos vigentes, sabendo, contudo identificar aqueles que se encontram disponíveis pela rede de serviços do SUS. Marçal (2012) relaciona a existência de medicamentos solicitados não listados no SUS à não utilização dos medicamentos padronizados pelo sistema de saúde por desconhecimento dos prescritores ou pela inexistência nas listas das necessidades terapêuticas dos usuários dos produtos recém-lançados no mercado (MARÇAL, 2012).

Na sua maioria os tratamentos foram prescritos por profissionais do SUS e não estavam contemplados nas listas oficiais dos procedimentos e medicamentos do SUS. Os procedimentos, medicamentos, materiais e insumos precisam ser mais bem divulgados em listagens oficiais no município, provocando um alinhamento entre prescrição e disponibilidade, embora isso não seja um fator restritivo à assistência, tendo em vista o princípio da integralidade.

Durante o curso da ação judicial, 6,5% dos usuários faleceram. Penalva *et al.* (2011) encontraram resultados semelhantes, sendo que em 8% dos casos o processo foi extinto em razão do óbito do requerente (PENALVA *et al.*, 2011).

4.2.2 Entrevistas

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.
E é como sujeito e somente enquanto sujeito,
que o homem pode realmente conhecer”.

Paulo Freire.

Nas entrevistas, foram identificados os pontos de vista dos usuários, atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas. Os sujeitos envolvidos relataram informações substanciais que foram dimensionadas em três categorias: Direito, assistência e Judiciário/judicialização descritas a seguir, atendendo aos objetivos da pesquisa com abordagem sob o ponto de vista dos usuários SUS, atores do Executivo municipal e das instituições jurídicas.

4.2.2.1 Usuários

O decorrer das entrevistas demonstrou que os usuários do SUS possuem a tendência a buscar o seu direito à saúde, reconhecendo-o como um direito. Alguns aspectos, como a desassistência, tempo de espera para atendimento convencional no SUS, custo elevado, carência financeira, acesso ao Judiciário, satisfação e sentimento de resolutividade no contexto do Judiciário, foram fatores mencionados que ora impulsionaram os usuários a buscarem atendimento no SUS por intermédio do Judiciário, demonstrando ser este uma importante via de acesso ao sistema.

A) Compreensão dos usuários sobre direito à saúde

A saúde é um direito garantido aos cidadãos pela Constituição Federal de 1988 e as ações e serviços de saúde determinados por ela são condicionados por recursos públicos, distribuídos ao setor saúde a partir da arrecadação de impostos no âmbito da seguridade social (BRASIL, 1988).

A primeira vez em que a saúde foi atribuída como um direito foi na Constituição Federal de 1988, considerando-a um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). A ordem jurídica brasileira atribui a saúde para todos; e a reivindicação desse direito estreita-se com a noção de vida (DELDUQUE; BARDAL, 2008).

A busca pelo direito é revelada pelo usuário quando se verifica a necessidade de se recorrer ao SUS. O que os usuários indicam é que o SUS é um direito e deve ser buscado para garantir atendimento. Nota-se que esse direito ocorreu em um segundo momento vinculado à incapacidade financeira para custear ou à arrecadação de impostos que financiam o SUS.

Em primeiro lugar eu achei que é um direito da gente, nós cidadãos, obter um remédio por que a gente paga muitos impostos. Eu acho que é mesmo obrigação do SUS oferecer o remédio (Usuário - E11).

Porque tinha dificuldade pra mim fazer, eu não tinha condição para pagar e eu fui procurar os meus direitos (Usuário – E17).

A Constituição permite que o indivíduo atue como sujeito ativo de direitos e não só como um sujeito passivo alvo de políticas estatais ou receptor de necessidades concedidas. O Estado é o responsável por cumprir obrigações legais de modo que atenda aos interesses reais da população (VENTURA *et al.*, 2010). Neste contexto, Delduque, Marques e Romero (2009) aludem: “vale a pena repetir que a referência do sistema jurídico é sempre normativa. A produção do direito se dá por meio do próprio direito” (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009, p. 85).

Na medida em que o usuário identifica uma necessidade, é um direito do próprio sujeito ser ativo e buscar atendimento. A referência do sistema jurídico é a aplicação das normas que atendam às necessidades dos sujeitos. Os instrumentos que atribuem o direito aos cidadãos são as legislações e normas

vigentes específicas do setor. No caso da saúde, a Constituição é a referência primária para o alcance desse direito. O cidadão que identificou a existência do direito à saúde e encontrou dificuldades no atendimento busca, por via judicial, seu atendimento pleno associando o pagamento de impostos ou a condição própria de custear o tratamento.

A vinculação entre direito e impostos pagos esteve presente nos depoimentos de conselheiros e usuários na pesquisa de Asensi e Pinheiro (2008). Esses autores identificaram que o direito está ligado à arrecadação de impostos e atribuíram com isso o direito à saúde como um direito secundário (ASENSI; PINHEIRO, 2008). Essa identificação aproxima-se das afirmações dos usuários aqui mencionadas. No exposto, verifica-se que inicialmente há a busca por solução individual do sujeito, porém as limitações individuais se desdobram na busca do direito no setor público.

B) Compreensão dos usuários sobre a assistência à saúde

A insuficiência financeira e a incapacidade de compra do medicamento, atendimento ou serviço por parte do usuário antes do pedido no setor público desdobram-se na necessidade de busca pelo atendimento no setor público por intermédio do Judiciário.

Eu não conseguia, foi um sacrifício (Usuário – E13).

Devido à demora no atendimento e sempre a mesma resposta que não tinha leito e não tinha vaga. [...] A partir do momento em que todos os hospitais negaram ajuda, que o SUS não tinha e nem oferecia recursos para transferências (Usuário – E14).

A secretaria ficou mais de ano para me dar o esclarecimento para eu ir. O negócio piorou ainda, fiquei mais de anos aqui pelejando. A médica daqui falava que não tinha médico para Juiz de Fora, não tinha médico, não tinha médico, não tinha médico (Usuário – E16).

Quando eu senti dificuldade de fazer isso espontaneamente, sozinho, então eu fui e procurei no Judiciário (Usuário – E17).

Achados semelhantes a esses ocorreram em Santa Catarina, em 75% dos casos, onde os usuários apresentaram longas histórias de sofrimento, tratamentos e busca nos serviços, por meio de políticos, instituições públicas e privadas, promessas e frustrações (LEITE; MAFRA, 2010). Em outro estudo,

Marçal (2012) obteve informações de atores sobre necessidades de medicamentos em que as demandas judiciais somente se dão após a negativa do poder público no setor saúde (MARÇAL, 2012).

A negativa e/ou dificuldade na assistência ou mesmo a indisponibilidade do serviço pelo SUS desdobram-se na iniciativa do usuário em buscar novos recursos para conseguir atendimento na via judicial. Assim, esse atraso para atender às necessidades do usuário levanta evidências que todo esse “arrasto”, esse tempo, tende a comprometer a situação de saúde dos usuários.

Ao chegar ao setor saúde e buscar atendimento, a sensação de dificuldade, desassistência e o tempo de espera são informados como motivos relevantes para mudança de rumos, ou seja, a mudança da busca por atendimento da via administrativa para a via judicial, ocasionando, assim, a judicialização.

A dificuldade em buscar pessoalmente pela compra direta é um fator citado que antecede a busca pela aquisição do bem ou serviço no setor público.

Sabendo que o remédio é muito caro, é mesmo muito caro, quase meio salário de remédio (Usuário - E11).

Porque minhas condições financeiras não foram suficientes para manter o tratamento sendo informada que eu poderia conseguir [...], fui lá e realmente tentei e estou recebendo o medicamento (Usuário – E12).

Porque os remédios que eu tomo são caros, cada caixinha é sessenta e poucos reais e uma caixinha dão para dois dias. Aí, eu tive que entrar com processo.[...] A partir do momento em que me foi receitado e que a condição financeira minha não dava, aí eu tive que apelar (Usuário – E15).

Os relatos sobre a falta de recursos financeiros para compra e custeio do tratamento solicitado pelo médico foram também informados em outros estudos (CHIEFFI; BARATA, 2010; LEITE; MAFRA, 2010; MARÇAL, 2012; VENTURA *et al.*, 2010). Ugá e Santos (2006) apresentaram resultados interessantes sobre gastos diretos com saúde. Ao todo, 34,5% dos gastos com saúde comprometem o gasto privado direto das famílias, excluindo desse cálculo o pagamento de planos de saúde (UGÁ; SANTOS, 2006).

Os pacientes que necessitaram de medicamentos procuraram o poder público para atendimento e quando não obtiveram êxito nessa solicitação verificaram a possibilidade de compra com recursos financeiros próprios. Porém,

o custo elevado na compra dos medicamentos incentivou os usuários a procurarem o Judiciário para que a necessidade fosse atendida. Portanto, essa impossibilidade financeira é um fator que catalisa a atitude do usuário a buscar o setor público e o Judiciário.

Um fato interessante é a citação do usuário de apelo ao buscar o setor Judiciário. Esse sentimento reforça a ideia de Asensi e Pinheiro (2008) sobre direito secundário (ASENSI; PINHEIRO, 2008). Este ocorre quando o usuário não consegue atendimento individual, depois procura o administrativo no setor público (exercício do direito) e, por último, procura o setor Judiciário.

C) Compreensão dos usuários sobre o Judiciário

Todos esses fatos determinam a necessidade por atendimento que desdobram na realidade de busca por um Judiciário efetivo: “a verdade de conseguir é muito difícil. Então, entrei no Judiciário por isso. Porque é difícil conseguir” (Usuário – E17)

O usuário, ao ingressar com uma ação judicial, vê uma forma de garantia de direito até o momento não garantido, sendo legítima a busca por um direito fundamental (MACHADO *et al.*, 2011). O Judiciário tem fundamental importância para o usuário, pois “a sociedade, quando não acolhida pelo Estado, deposita sua confiança no Judiciário” (MARÇAL, 2012).

Se conseguir é difícil, o Judiciário é a alternativa encontrada para que os problemas de saúde sejam solucionados com os atendimentos, serviços, medicamentos e ações necessárias. É por essa via que os usuários têm encontrado soluções para o exercício do direito de atendimento na saúde.

O acesso ao Judiciário ocorre por meio da informação. Os veículos dessa informação são através da internet, amigos e pessoas que já conseguiram pelo Judiciário o usufruto de algum benefício em saúde.

Através de contato, de pesquisa, de internet, de pessoas que ganharam remédio através da defensoria pública. Então eu vou fazer o mesmo, né? Quem sabe eu ganho (Usuário - E11).

Ah! Pessoas que já conseguiram por lá alguma coisa, por um pedido, então eu tentei. Porque a gente tem que entrar se não eu não consigo, né? No caso eu tentei e foi concedido. (Usuário – E12).

Muitos me informaram, né? Muitas pessoas me informaram e a [...] minha filha foi lá e arrumou pra mim (Usuário – E13).

Através de pessoas. Você vai lá e você consegue. Eu consegui. (Usuário – E15).

É muito difícil a gente relatar porque a gente por diversas vezes, eu recorri, tentei pelos meios normais e pelos meios normais eu sempre tive negativas, sempre fui negado, sempre fui negado. Aí, conversa com um, conversa com outro, eles me orientaram, aí na orientação deles eu resolvi o meu problema (Usuário – E14).

Foi relatado por um usuário que, além de pessoas que já recorreram ao Judiciário, outros atores que trabalham no SUS também indicaram como saída para atendimento às necessidades de saúde a busca do Judiciário: “através de pessoas que já recorreram e através de internos que trabalham no próprio departamento do SUS” (Usuário – E14).

De certa forma, o aparecimento de indivíduos que influenciaram ou indicaram sujeitos a adquirir um serviço pela via judicial esteve também presente no estudo de Leite e Mafra (2010). Esses sujeitos estiveram relacionados a trabalhadores do SUS, amigos, políticos, médicos e associações.

Para Santos, Vargas e Schneider (2010), entraves podem prejudicar o usuário e aqueles que lidam diariamente com o sistema. “O retardo no encaminhamento de um paciente com alguma gravidade aguda pode levá-lo à morte”. Para os autores, o usuário em estado de saúde crítico e a realidade vivenciada por profissionais de saúde, enfermeiros, em unidade de terapia intensiva, demonstraram a crítica realidade na luta por acesso. Essas pessoas que se envolveram com pacientes orientaram os usuários a utilizarem a via judicial (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010).

Essa situação atinge os usuários após vivenciarem negativa na via administrativa, ou seja, após procurarem na SMS ou órgão responsável pelo encaminhamento o atendimento em saúde no SUS. O tempo de espera e o contato com demais cidadãos, profissionais ou mesmo veículos de informação eletrônica orientaram a solução do problema pela via judicial.

Assim, ao procurar a defensoria, relata-se o quanto esse órgão ganha importância na defesa do direito cidadão e como o usuário sente-se grato ante a resolutividade proporcionada pelo atendimento.

A defensoria é o primeiro lugar que você tem que procurar, né? E eles me atenderam muito bem, graças a Deus. Mandaram carta pra mim, ligaram pra mim e me avisaram que era para eu procurar a secretaria que já estava liberado para eu ir [...] (Usuário – E16).

Nesse sentido, um usuário ou cidadão na medida em que identifica a presença ou não do seu direito detecta a necessidade facultativa de agir e ver um direito seu ser observado com ingresso de ação no Poder Judiciário, na exigência de intervenção pelo ente responsável em favor da sua saúde (BRASIL, 2006b).

Essa solução encontrada na via judicial contribui para a satisfação do usuário ao ver o seu caso resolvido. Existem casos e casos e o atendimento pela via judicial tem solução rápida. Fato é que o tempo de espera no atendimento convencional é associado pelo usuário à satisfação após o início da busca do atendimento pela via judicial.

Foi ótimo. Me valeu muito. Foi bom, a advogada é muito boa. Apesar de que demorou muito para resolver o meu caso.[...] O que importa é que eu ganhei (Usuário - E11).

Mais rápido. Depois que entra no juiz é mais rápido. Em um instantinho eles arrumam pra gente (Usuário – E13).

Necessidade mais rápida, né? Porque eles ficam enrolando a gente. Tem gente que tem mais de anos, dois anos, três anos, que não é atendido, né? Você vai na defensoria, você vai na justiça, na mesma hora você é atendido (Usuário – E16).

Pela justiça é melhor. Porque é raro as vezes eu ligar [...] e não ter, o remédio sabe, sempre tem. No princípio andou demorando um pouco, eu ia lá e não tinha, mas depois consertou e já está vindo (Usuário – E15).

A satisfação ainda é atribuída não só ao início do tratamento, mas também à sua continuidade. De fato, o usuário descreve que ao contatar a Secretaria dificilmente há falta de fornecimento ou de distribuição do bem ou serviço.

Mesmo assim, é um sentimento de constrangimento para o usuário quando não atendido o seu direito, tendo em vista a contribuição previdenciária paga: “é constrangedor porque todos nós contribuimos para a previdência e contribuimos com o [Instituto Nacional de Seguridade Social] INSS, então eu acho que a gente deveria ter direito” (Usuário – E14).

A associação entre direito à saúde e contribuição previdenciária também foi referida no estudo de Asensi e Pinheiro (2008). Essa associação ligada à contribuição previdenciária coloca o sentimento de direito em segundo plano. Ao

pensar dessa forma, alguns usuários podem deixar de buscar o direito, tendo em vista o fator previdência.

Sobretudo o Judiciário, na ótica do usuário, tem fundamental importância para garantir o atendimento em saúde necessário, seja uma internação hospitalar, um medicamento. Essa necessidade foi ligada a desfecho favorável ao usuário, evidenciando o Judiciário como uma importante via de acesso.

Ah! Eu vejo muita importância pra mim. Porque fazendo isso a gente tem mais chance, né? Para poder adquirir as coisas (Usuário – E13).

Pela justiça foi tudo. Porque na mesma hora em que entrei, já entraram com a ação e ela foi transferida. Pela justiça fez tudo 100%, sem ela não tinha atendimento (Usuário – E14).

Muita importância. Se eu não tivesse ido lá eu já tinha morrido. Foi de grande importância eu ter ido e eles terem me dado esse remédio lá. Porque se não fosse meu filho, com o que eu tenho, eu já tinha morrido (Usuário – E15).

Tem alguma coisa na justiça que demora, mas essa minha foi muito rápida. Fiquei muito satisfeito (Usuário – E16).

É o que eu falei, foi muito bom. Eu acho que todo brasileiro devia de fazer isso, quando encontrar dificuldade de ser atendido, entra judicialmente (Usuário – E17).

Marçal (2012) encontrou evidências a partir das entrevistas realizadas nas quais os cidadãos têm cada vez mais consciência sobre seus direitos e têm buscado cada vez mais o Judiciário para obterem atendimento em saúde quando recebe negativa do setor público responsável (MARÇAL, 2012).

Essa conscientização sobre um direito não atendido na via administrativa acaba sendo concretizada pela via judicial e esta via é tida como satisfatória.

Para os usuários, ficou evidente que o Judiciário tem se tornado uma importante via de acesso quando o poder público não consegue efetivar um direito pretendido para o usuário. Para o usuário, o Judiciário tem demonstrado que um direito pode ser visto de forma concreta dentro do SUS. Isso se deve à obtenção de resultados positivos com a solicitação no Poder Judiciário e os usuários tendem a declinar pela satisfação ao ser atendido. Essa satisfação, quando associada à comunicação com outros usuários, pode levar a maior número de demandas, até mesmo porque se tornam conscientes de que as mesmas devem ser atendidas pelo setor público. Essas demandas, quando não atendidas, desembocam no Poder Judiciário.

4.2.2.2 Atores do Executivo municipal

Os atores do Executivo municipal retrataram pontos de vista bastante comuns à judicialização do SUS no âmbito municipal. As situações envolvidas na judicialização estiveram ligadas: à assistência prestada pelos serviços públicos, relatando limites e possibilidades; ao direito à saúde, que por muitas vezes se apresentou limitado pelo financiamento do setor que atende a uma clientela universal; à própria judicialização que, como via alternativa de acesso ao setor saúde, estabelece imposições à administração municipal e esta, encontrando dificuldades de atender a determinada demanda administrativa, depara-se, outrora, com uma demanda judicial.

A) Compreensão dos atores do Executivo municipal sobre o direito à saúde

A garantia do direito à saúde, conforme previsto na Constituição, demonstra-se reconhecido pelos atores do âmbito municipal. Mas, ao reconhecer o direito, ficou aparente que ele se encontra limitado, pois não há recursos financeiros para provê-lo ao usuário por meio da assistência à saúde de forma ilimitada. Para esse ponto foi sugerida a necessidade de chegar a uma mediana que não limite o direito à saúde do usuário e que também permita com que o município atenda a uma necessidade apresentada ao gestor municipal.

[...] eu acho que o direito à saúde é um direito constitucional e que deve ser garantido. Não vejo, contudo, que essa garantia possa ser ilimitada, porque os recursos são limitados e nós ainda não entramos em um denominador comum para isso. Eu vejo que a gente ainda não teve esse acesso a esse denominador comum que seria meios de garantir da melhor maneira possível o maior número possível de procedimentos e ao mesmo tempo poder não cercear o direito a saúde, mas poder ter certas situações que você não deixe aquela coisa como indispensável à saúde da pessoa (Procuradoria – E11).

Eu entendo, sinceramente, que todos devem ter o direito à saúde. Mas, esse direito não pode ser exercido de forma indiscriminada como vem sendo. Aqui, se recorre à justiça para tudo até para coisas que a municipalidade se proporia a fornecer sem justiça (Procuradoria – E9).

A realização do direito à saúde está fortemente ligada ao financiamento de ações e serviços do setor. Marques (2008) e Machado *et al.* (2011) citam a

importância do impacto no financiamento e nas ações planejadas e executadas no setor (MACHADO *et al.*, 2011; MARQUES, 2008).

Sobre o financiamento no setor saúde e sua plena realização nos serviços prestados pelo SUS, Delduque e Bardal (2008) argumentam que um direito, quando atribuído, deve possuir significado real e não pode ser tratado na síntese de um simples objeto, induzido por financiamento estratégico e ativo das ações e serviços públicos de saúde com pleno desfrute do direito à saúde (DELDUQUE; BARDAL, 2008). Em relação aos usuários na busca por ações e serviços públicos, autores relacionam aparente desorientação por parte dos cidadãos nos pleitos realizados (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

O direito à saúde estabelece a universalidade e a integralidade para ações e serviços públicos de saúde. Nesse aspecto, os usuários têm direito ao atendimento desde que sejam respeitados os princípios e diretrizes constitucionais. No entanto, essas demandas, quando expostas ao gestor municipal, levantam questões sobre os limites do direito à saúde no financiamento. A aparência dos fatos demonstra uma realidade formal em que direito e financiamento são ilimitados, mas a realidade material é que o direito é determinado pelo financiamento do setor.

Para garantir o direito dos cidadãos, é importante considerar o significado real desse direito com o financiamento. No entendimento desses atores, isso evidencia uma potencialidade ao exercício do direito à saúde nas ações e serviços públicos disponíveis.

No entanto, o limite desse direito interfere na necessidade de um cidadão que busca atendimento e que, por vezes, se vê no limite da própria vida.

A gente que está hoje instruído na administração pública sabe como é difícil essa agilidade. Mas, na verdade o contribuinte, o cidadão, ele anseia, e anseia por uma efetivação rápida do direito à saúde uma vez que ele está mexendo com o maior bem, o bem mais precioso da vida desse cidadão que é a própria vida. Em alguns casos, o limite, o liame, é ali entre a vida e a morte (Procuradoria – E11).

O direito à vida é uma garantia constitucional que não deve ser violada. Autores relacionam a proximidade do direito à saúde com a noção de vida (DELDUQUE; BARDAL, 2008) e que o Estado não pode ser negligente frente a indivíduos que sofrem com risco iminente de morte (MARQUES; DALLARI, 2007).

A necessidade daqueles que buscam atendimento no SUS deve ser atendida pela proximidade na qual o direito à saúde possui com a vida. As ocasiões em que as demandas ocorrem possuem um quadro de instável situação de saúde ou até mesmo de vida e morte. No entendimento apresentado, a administração pública possui os seus limites e encontra dificuldades em atender com agilidade. Por outro lado, encontra-se o usuário, que demanda por uma necessidade rápida, pois existem fatores intrínsecos que o levam a tal necessidade. Nesse ponto existe uma realidade dicotômica para os envolvidos.

A necessidade de saúde de um usuário em condição de risco e os limites da gestão municipal em proporcionar tal finalidade são descritos no exemplo a seguir. De acordo com o fato, o município possui determinado serviço e o mesmo desencadeia novos atendimentos complementares não disponíveis ao usuário em tempo hábil. Nesse período, aguardando atendimento, o usuário encaminha a demanda ao Ministério Público e este ator se depara com uma situação de real necessidade e inicia um processo de provocação do Poder Judiciário.

A partir do momento que o município oferta mais um serviço ele tem mais despesa. O Estado não. Agora você vê o outubro rosa, quanto isso aí, eu sei é a prevenção é o certo, mas pra você fazer, você precisa ter exames, você precisa ter profissional, você precisa ter os técnicos, você precisa ter também equipamento funcionando, é o que tudo implica para a realização destes exames. E você ver, fazendo, outubro rosa, você tá fazendo as mamografias, mas a biópsia você não tem, o município não tem biópsia. Aí, como você vai diagnosticar aquele paciente que você detectou um nódulo? Como você vai transferir ele para um atendimento? A Fundação só recebe com biópsia. Aí você não tem a biópsia. A biópsia é disponibilizada por Juiz de Fora, quanto tempo você vai demorar pra ter esta biópsia? Aí a pessoa vai, chega lá no Ministério Público: "Não! Eu tô com nódulo, aqui minha mamografia. Eu tô com nódulo, eu preciso do tratamento". Aí, o Judiciário vai e determina que o município pague a um médico particular para fazer a biópsia (Gestor Municipal - E2).

O contexto apresentado induz a frisar as demandas e necessidades diferentes e os níveis de dificuldades que as mesmas atribuem. Essas demandas, quando não atendidas, fazem com que usuários percebam a necessidade de busca por uma solução no Judiciário e isso se desdobra na judicialização (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011). Campos Neto *et al.* (2012) concluíram que as ações judiciais geram mais visibilidade, debate e alcance de soluções na existência de vazios e dificuldades assistenciais no acesso às políticas de saúde (CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Para Asensi e Pinheiro (2008), as políticas precisam ter continuidade com o entendimento de que se deve garantir a saúde de forma integral, tanto no nível de atenção quanto de políticas, com continuidade e compromisso social. No trabalho realizado por esses autores ocorreram críticas às campanhas pontuais, classificando-as como pouco eficazes (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

Esse cenário comprova que o SUS possui um panorama com direitos, políticas de saúde, mas a sua operacionalização é falha. Imagine-se uma maquete de uma casa. Nela existe uma porta de entrada e as demais portas são para os cômodos. Supõe-se que haja uma porta dos fundos que seja a saída. Imagina-se, contudo, um fluxo direcional por essa casa. Pois bem, na porta de entrada os usuários são captados pelo sistema. Ao identificar a necessidade de mais atendimentos é preciso que esse usuário entre para os demais cômodos da casa e seja atendido de acordo com a sua necessidade. Mas, o que se percebe é que os demais cômodos não estão disponíveis para o acesso de todos. Aparentemente, o SUS não possui um fluxo contínuo e o usuário fica então estagnado em tal ponto, caracterizando um direito limitado na integralidade, um princípio do SUS. A limitação da integralidade faz com que a judicialização do SUS gere mais visibilidade aos vazios e demandas assistenciais deste.

Nesse assunto é importante considerar uma discussão sobre as redes de atenção, que envolve uma estrutura de serviços de saúde, contínuos e com premissa do atendimento integral, coordenado pela atenção primária. A atenção primária tem a oportunidade de atender em momento certo e encaminhar o paciente na rede para outros serviços necessários na atenção secundária ou terciária.

Sendo assim, a organização de serviços de saúde deve ser organizada em redes de atenção à saúde. Conforme Mendes (2011, p. 82):

[...] as RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A rede de atenção à saúde deve ser organizada de forma efetiva, eficiente e com qualidade, combinando dispersão e concentração de serviços, cujos

serviços de menor densidade tecnológica devem ser dispersos e os de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados, com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

Na rede de atenção não existe uma hierarquia de serviços de saúde, os serviços são horizontais, ou seja, poliárquicos. Nesse aspecto horizontal, os serviços dispersos são os da atenção primária disponíveis nos municípios. Os serviços concentrados de atenção secundária e terciária (média e alta complexidade, respectivamente) são os que estão disponíveis nas regiões sanitárias de acordo com a organização e planejamento do PDR/MG (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Assim, quando um usuário obtém atendimento em tempo certo e oportuno pela atenção primária, é essencial que os demais serviços tenham comportamento semelhante. A inexistência de serviços adequados em proporcionar a integralidade da assistência ao usuário já admitido na rede de atenção proporciona a oportunidade de atendimento pelo Judiciário.

A integralidade da atenção em saúde deve estar presente na realidade vivida tanto dos profissionais quanto dos gestores de saúde. Os atendimentos em saúde devem ser transparentes aos usuários do sistema para que a desassistência não ocasione um processo judicial. Nessa situação, deve-se adequar a integralidade à universalidade e à equidade na rede.

O conflito com demanda de saúde não resolvida pela gestão municipal ativa o membro do Ministério Público, promotor, a questionar o gestor municipal sobre a situação. Um fato apresentado é que a relação entre esses atores é transversal e prevalece o diálogo para o entendimento prévio sobre o direito antes da judicialização. O que se passa é a busca de soluções para o interesse comum.

[...] porque o paciente chegava (na promotoria), precisava. Ele [promotor] entendia quando a gente explicava. Igual uma vez ele chegou e falou comigo: [...] tem um paciente aqui pedindo tomografia, aí levei pra ele que o tomógrafo do hospital estava parado e levei pra ele a quantidade que eu tinha de pedido. No segundo mês que eu estava na secretaria eu levei pra ele o que eu tinha de pedido, ressonância, tomografia, colono. Isso, aquilo, eu não tenho como atender isso tudo, nem se eu não receber de ninguém mais até o final dessa gestão eu não consigo. Aí como que é, eu recebo uma ressonância, uma colono, 15 tomografias, 15 não, 25 tomografias, como que eu vou fazer aqui para atender todo mundo? (Gestor Municipal - E2).

Sempre tive um bom relacionamento com eles, eles nunca me mandaram, determinaram comprar uma coisa sem antes perguntar. Aqui tinham essa facilidade, se o promotor queria alguma coisa: ôh, secretária como é que é isso? Secretária tem jeito disso? Sem fazer mandado e tal. O que dava pra fazer a gente ia fazendo e ia contornando a situação. Sempre teve esse entrosamento entre o município e o Ministério Público, a gente sempre conversou. E às vezes, quando ele pedia informação a gente apresentava os documentos apresentava alguma situação e eles, às vezes, voltavam atrás. [...] Assim, eu não posso reclamar deles para comigo enquanto secretária sempre me ajudou e sempre houve essa parceria (Gestor Municipal - E2).

Um dado a ressaltar é que na caracterização dos processos o Ministério Público esteve presente em 14% deles. Esse número é baixo quando relacionado ao número de processos com a defensoria. O importante é que esse diálogo construído entre os atores envolvidos talvez tenha desencadeado a solução de situações que antecedem a judicialização de ações em saúde. O diálogo entre atores foi considerado importante por Marçal (2012). Para Santana (*apud* MARÇAL, 2012), o caminho a seguir é aproximar os dois setores, entendendo e reconhecendo as insuficiências, limitações e responsabilidades (SANTANA *apud* MARÇAL, 2012).

Nesse contexto, o Ministério Público é a instituição que situa os direitos como práticas concretas de justiça e cidadania ao conferir legitimidade na alocação de recursos em saúde (ASENSI, 2010b).

Essas limitações apresentadas pelo gestor de saúde levadas ao conhecimento do Ministério Público sugere uma potencial ferramenta de esclarecimentos e entendimentos de situações de interesse comum. Esse processo construído no município estabelece conhecimento entre as partes sobre as insuficiências, limitações e responsabilidades, além de poder provocar discussões sobre a busca de soluções de interesse comum em um ambiente longitudinal de construção local sobre as possibilidades ou impossibilidades do direito ao atendimento à saúde.

Segundo Asensi (2010a), essa proximidade na gestão entre atores constitui uma visão integrada na adoção pela gestão de saúde numa perspectiva de gestão compartilhada, que em vez de se limitar à assistência médica, contribui muito mais para o desenvolvimento de sujeitos autônomos e livres. Além disso, tende-se a superar a forma de gestão normatizada e vertical, pois o diálogo

construído propõe pautas nesse processo entre as instituições jurídicas, sociedade e gestor (ASENSI, 2010a). Na íntegra:

A gestão construída a partir da autocomposição busca uma visão construcionista de conceber novos saberes e práticas em saúde: uma visão compartilhada entre sujeitos, seja na adoção, seja na criação de novas tecnologias de gestão da saúde sob uma perspectiva de gestão compartilhada. Tal perspectiva diz respeito muito mais a uma finalidade ético-política do sistema de saúde do que propriamente às suas ações específicas; ao invés de se limitar à prestação de assistência médica, a pesquisa demonstra a compreensão dos membros da gestão e do MP de que a política de saúde deve contribuir para o desenvolvimento de sujeitos autônomos e livres. Consequentemente, esta forma de gestão contribui decisivamente para a superação da tradição brasileira de normatização e implementação vertical das políticas de saúde, produzindo propostas pautadas num processo dialógico/horizontal entre instituições jurídicas, sociedade civil e gestores (ASENSI, 2010a, p. 134).

Para o gestor de saúde, o direito universal e equânime implica o exercício do direito pleno na prática. Para ele, alguns estão obtendo mais direito do que outros. A justiça é citada como uma via de acesso que “seleciona” aqueles que terão atendimento no SUS à frente de outros com mais carência. É citada a necessidade da existência de protocolos a serem considerados pelo Judiciário antes de intervir no Executivo em qualquer demanda por medicamento.

Na verdade eu entendo que tá dando mais direito a uns do que a outros. Então, eu acho que a gente tem que brigar por uma coisa igualitária, se é igualitário então vai ser pra todo mundo. Por que só quem entrou na justiça vai ter o direito? Ele não procura! Eu acho que o juizado ele não procura nem saber, se no caso de medicamento, se aquele medicamento ali, se o paciente deixar de tomar aquilo ali, ele causa algum dano pra ele? Não vai causar? Têm tantos outros que precisam muito mais do que alguns, por que eles vão passar na frente? Eu acho [pausa], é o fim, eu acho que tem que ter um [pausa], um protocolo, mas tem que fazer alguma coisa, da forma como está, virou foi uma grande bagunça. E, está acabando, ate inviabilizando o SUS, pra todo mundo (Gestor Municipal – E1).

Ao discutir essa ideia vem à tona o conceito de equidade. Para Noronha, Lima e Machado (2009), a equidade da assistência é proporcionada com ausência de discriminação no acesso a serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009). No entanto, Gontijo (2010) ressalta que a eficiência na assistência gratuita e universal não se confunde com oferta indiscriminada de procedimento tecnológico à população (GONTIJO, 2010).

O atendimento realizado no setor saúde tem por base a Constituição Federal para o exercício desse direito ao prover assistência ao usuário SUS. O gestor de saúde levanta a necessidade de se pensar no equilíbrio desse ponto do acesso, universal e igualitário, por intermédio do Judiciário. Uma situação como a apresentada determina um nó na assistência ao proporcionar acesso àqueles que demandam atendimento via judicial com aqueles que não foram até a justiça. Os usuários que necessitam de medicamento conseguem ser atendidos pela via judicial mesmo estando, de forma regular, indisponível pelo SUS. E outros usuários acabam não tendo o mesmo direito. Assim, ficam questionados os princípios da equidade e universalidade.

A gestão municipal encontra-se organizada para atender às solicitações administrativas dos usuários por meio de profissionais da própria rede. Esses profissionais da equipe interna da SMS são apresentados como habilitados para organizar as demandas mediante os critérios técnicos sobre as reais necessidades, sem qualquer tipo de intervenção que venha ferir o direito de alguém, respeitando-se sinteticamente critérios estabelecidos.

E a gente recebia lá, tinha casos que vinha diagnóstico, você via que vinha mais grave e a gente atendia, dava as prioridades. [...] uma ressonância. Eu tinha um médico lá, [...] que dizia: esse caso aqui [...] é mais urgente que esse. Não importava se o pedido chegasse hoje ou se tivesse chegado há uma semana. O que fosse mais urgente ia na frente. E eu nunca interferi na decisão do médico em relação a isso porque eu não tinha conhecimento técnico para dizer. Eu nunca cheguei também perto deles para falar assim: atende fulano e não atende sicrano. Para mim todos eles, todos os pedidos que chegassem lá, se eu tivesse condições teria atendido todos eles. Uma pena não ter. Você sabe muito bem a quantidade de exames que o município tem e que não dá para atender todo mundo! (Gestor Municipal - E2).

O conceito de equidade atribuído por Noronha, Lima e Machado (2009) volta a ser lembrado quando os mesmos ressaltam que as razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha técnica a ser empregada no cuidado às pessoas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Ao tratar desigualmente os desiguais e proporcionar o atendimento mediante a prioridade da atenção, você estabelece uma comunicação com o conceito da equidade, um princípio do SUS. Ao estabelecer esse critério técnico, o gestor de saúde evidencia uma situação: não é possível atender a todos. As

demandas de saúde não podem ser ilimitadas, pelo limite do próprio SUS em executá-las. Assim, a prática do direito fica limitada à oferta do próprio sistema.

B) Compreensão dos atores do Executivo municipal sobre a assistência à saúde

Para o gestor municipal, o atendimento de qualquer usuário em qualquer demanda é uma necessidade. Porém, o que é deixado em vista é que os meios para o atendimento no setor são limitantes. Esses limites estabelecidos na administração de uma demanda em saúde colocam o gestor em situação de angústia por querer ver o atendimento realizado.

Você entende que o paciente precisa, mas às vezes, você não tem condições de atender todo mundo. [...] você sofre de ver que o paciente precisa e a família está ali querendo e às vezes você não consegue. Não só medicação quanto tratamento, exames e internações (Gestor Municipal - E2).

Esse quadro de necessidades e a natureza com que os fatos ocorrem encorpam um campo de dificuldades para atendimento em diversas áreas e políticas atribuídas ao setor. Marques (2009) descreve que um cenário como esse demonstra o direito à saúde com natureza abrangente, norteado por princípios amplos e conduzido pelas políticas (MARQUES, 2009). As demandas e as necessidades diferentes estabelecem um grau de dificuldade para que as mesmas sejam atendidas (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011). As demandas em saúde variam. São muitas políticas de saúde a serem aplicadas no âmbito municipal que colocam o gestor `z frente de resolver as demandas assistenciais dos usuários SUS. O direito à saúde é conduzido por políticas de saúde no âmbito municipal e as demandas variadas estabelecem um grau de dificuldade para que as mesmas sejam atendidas.

Para o município, a garantia do direito à saúde é nítida na Constituição. Entretanto, a inviabilidade de prover esse direito, tendo em vista os recursos financeiros escassos, são dificuldades apresentadas pela gestão pública de saúde do município ao prover assistência aos usuários.

Eu acho que, tudo bem, está na Constituição do SUS, a saúde é um direito de todos, mas infelizmente a gente não dispõe de recursos financeiros pra estar cumprindo tudo isso [...] (Gestor Municipal – E1).

Encontro dificuldades com as ações judiciais de medicamentos do SUS, por força de problemas administrativos. O município de Leopoldina encontra-se em fase muito combatida de finanças. [...] O município quer fazer a sua obrigação, mas ele não tem recursos materiais para tanto. E muitas vezes a gente fica barrado neste ponto (Procuradoria – E9).

As demandas por atendimento estão intimamente ligadas ao financiamento. O direito à saúde, apesar de reconhecido como constitucional, enfrenta limites estabelecidos pelo financiamento do setor no município. Resultados semelhantes, apresentados pelo gestor municipal, também foram encontrados na literatura (ASENSI; PINHEIRO, 2008). Os usuários demandam diversas necessidades para atendimento em saúde e levanta-se a dificuldade em atender certos tipos de medicamentos. Nesse assunto, Marçal (2012) acredita que a judicialização está relacionada a algum medicamento não contemplado em listas oficiais (MARÇAL, 2012).

As demandas assistenciais dos usuários são providas pelo financiamento do setor saúde e operacionalizadas pelas políticas de saúde exercidas em cada esfera de governo. A dificuldade em operacionalizar essas políticas de saúde tendo em vista o financiamento do setor estabelece um grau de dificuldade para o gestor atender à necessidade do usuário. Uma impotência pode também estar relacionada à não inclusão de medicamentos na RENAME do SUS.

Para garantir o direito à saúde é importante o aprimoramento do financiamento das políticas de saúde com o fortalecimento da assistência para, somente assim, garantir a efetivação e a qualidade na qual o sistema se propõe a ser na Constituição Federal. Para tanto, cabe aos gestores do SUS federal, estadual e municipal a gestão compartilhada na tentativa de reorganizar a assistência, garantindo a disponibilidade de serviços previstos, ou não, em políticas. Os problemas do financiamento, políticas de saúde e os serviços públicos precisam ser maturados e solucionados na tripartite, evitando-se sobrecarga no ente municipal.

As ações de prevenção realizadas pelo setor saúde podem demandar necessidades por outros atendimentos que podem não estar disponíveis no município. No entanto, cita-se que a ocorrência da judicialização inicia-se na atenção básica, tendo em vista que condições de saúde poderiam ter sido resolvidas nesse nível de atenção, e quando não resolvidas geram um

desdobramento desconfortável ao SUS nos demais níveis de assistência. O sistema de saúde no município aparenta aspecto de obrigação nos cumprimentos das ações judiciais na atenção secundária e terciária. Esse tipo de obrigação faz com que ocorra um direcionamento de recursos para prover tal demanda, tornando difícil, no momento atual, prover recursos para realizar prevenção em saúde.

O que falta na prevenção é a sequência, você consegue chegar e esbarra nos procedimentos que você não tem (Gestor Municipal - E2).

Que a maioria dos nossos mandados não são nada referente à atenção básica. São coisas que podiam ter sido resolvidas na atenção básica, mas não foram, se agravaram, e passaram pra atenção secundária, pra atenção terciária, e a gente está tendo que atender. Mas, eu não tenho tempo, eu não tenho dinheiro pra investir na atenção básica. Porque está sendo gasto com atenção secundária, com atenção terciária, de forma indiscriminada. É pra todos, mas nós vivemos num país que nós temos que prevalecer o bom senso: infelizmente não é pra todos. Então, eu tento fazer pra maioria, mas nem isso eu estou conseguindo (Gestor Municipal – E1).

Pra você ter uma ideia o orçamento de 2012 a previsão de gastos com mandados judiciais eram de 151.000, em outubro quando foi a última vez que a gente tinha fechado já estava em 244, isso aí é quase cem mil a mais. Esses 100.000 reais, o que seria feito? Seria investido na atenção básica, porque ultimamente você está tendo que custear os mandados e a atenção básica vai ficando. Cada dia mais difícil você fazer prevenção, porque você está tendo que usar os seus recursos que já são pequenos para poder custear o imediato, aí você não consegue com a prevenção. É mais difícil recurso para prevenção (Gestor Municipal - E2).

Em outra pesquisa realizada por Asensi e Pinheiro (2008), a preocupação com a qualidade da atenção e do cuidado foi apresentada como essencial para a garantia do direito à saúde. Isso porque essa atenção e cuidado estiveram relacionados ao princípio da integralidade em que as ações desenvolvidas no âmbito local remetem a concretudes integrais do cuidado (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

O conceito de integralidade da assistência compreende um conjunto de ações e serviços de saúde, articulado e contínuo, preventivo e curativo, em cada caso, de acordo com o nível de complexidade do sistema (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009). Para os gestores, a preocupação com a qualidade da atenção e do cuidado para garantia do direito à saúde está relacionada ao princípio da

integralidade, compreendendo que as ações em saúde se desenvolvem no espaço local (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

As ações de saúde no âmbito local são exaltadas pelos gestores de saúde como importantes, principalmente quando se trata da prevenção. Essa prevenção, por vezes, desdobra-se na necessidade de encaminhamento para outros serviços de saúde que atendam os usuários em determinada condição, seja para diagnóstico ou terapia, o que faz lembrar o princípio da integralidade de atenção. A integralidade do atendimento, quando não provida ao usuário, desdobra-se no exercício do direito à saúde do usuário no Judiciário. A investida do setor Judiciário no setor saúde exalta o posicionamento do gestor sobre os atendimentos pontuais que interferem, em grande parte, nos trabalhos de prevenção. Essa situação está associada, no todo, à ausência de recursos para atender às políticas de saúde e à judicialização.

As ações judiciais estabelecem uma relação de conflito no setor público quando os usuários do SUS necessitam ingressar com ação judicial para pleitear tratamento de saúde no SUS. Esses eventos estão por vezes associados ao financiamento e à organização das ações de saúde por parte do poder público municipal. Os deferimentos das ações judiciais fazem com que o gestor municipal aplique mais recursos em determinadas áreas da saúde para atendimento às ações judiciais e esses recursos poderiam estar sendo aplicados em outras áreas do próprio setor saúde. Nesse sentido, áreas do setor público podem ficar descobertas no financiamento.

C) Compreensão dos atores do Executivo municipal sobre a judicialização da saúde

As demandas assistenciais levadas ao Judiciário são criticadas pelo gestor de saúde. Estas são citadas como um “fura-fila” no sistema de saúde. Isso ocorre quando o usuário apresenta justificativa de não poder esperar para ser atendido e ingressa com ação judicial para conseguir determinado pedido, conseguindo por vezes ultrapassar aqueles usuários que aguardam há mais tempo.

[...] também o que eu acho da situação da justiça é que é um verdadeiro fura-fila. “Porque eu quero um exame e não quero esperar!” E, às vezes, até no particular você espera. E eu vou na justiça pro juiz determinar que o estado, município ou união cumpra na frente dos outros que estão lá esperando. Porque, infelizmente, ainda falta humanização da população que acham que o problema deles é maior que o dos outros. “A minha unha quebrada é muito mais dolorosa do que o seu pé quebrado. O meu tem que vir na frente!” E eu acho que falta muito isso nas pessoas, na população, no governo. A população acostumou com isso: eu primeiro. O individualismo, então você vê muito isso lá e a gente que trabalhava na ponta via. Ah! Mas fulano, o meu caso é mais grave do que o do fulano. Mas a gente não tem condições de medir isso. Só quem vai medir isso é o próprio médico. Eu não posso falar que o seu exame é mais necessário que o meu. [...] o pessoal ia e pedia. Se você falava que não tinha aquele mês eles já saíam dali e iam pra justiça, outros ficavam esperando, aqueles que achavam que podiam esperar, tinham que esperar. Aí a justiça determina que eu faça para aquele que não tinha que esperar, infelizmente (Gestor Municipal - E2).

Ao Judiciário cabe conhecer a realidade do SUS como uma política pública redistributiva. O princípio da equidade deve ser considerado critério norteador das decisões judiciais, apesar dos preceitos de universalidade e integralidade confrontarem a diversidade social brasileira, na tentativa de legitimar o seu processo de atenção à saúde (ZHOURI *et al.*, 2010). Petean *et al.* (2012) encontraram resultados interessantes de juízes que desproveram atendimento pela via judicial baseados na equidade. Para eles, o objetivo era oferecer tratamento desigual para superar desigualdades, garantindo a igualdade de condições, procurando oferecer prioridade àquele mais desprovidos financeiramente (PETEAN *et al.*, 2012). Algumas ordens judiciais têm privilegiado individualmente usuários, garantindo determinados serviços que não são oferecidos pelo SUS. Para Chieffi e Barata (2009), a igualdade de condições deveria impedir a existência de privilégios ou preconceitos nos serviços de saúde (CHIEFFI; BARATA, 2009).

A vida do cidadão em risco de saúde é relacionada ao pedido individual pela via judicial. A situação levantada coloca em cheque o princípio da equidade no SUS quando usuários não podem esperar, mesmo com a existência de critérios estabelecidos. Os usuários precisam estar em um mesmo plano e os princípios constitucionais precisam envolver a todos, principalmente ao se pensar na equidade.

Sobretudo, a judicialização é relacionada à falha de uma política de saúde que atenda às necessidades do povo. O povo, quando não atendido com eficiência pelo setor público, tem a oportunidade de judicializar: “[...] judicialização

é, se não uma falha da política de saúde, uma consequência dessa falha, é uma consequência de uma política de saúde que não está eficiente frente à demanda da sociedade” (Procuradoria – E11)

Segundo Campos (2006) o SUS filia-se às políticas públicas concebidas no sistema de proteção social, numa rede de serviços que não se destina aos pobres apenas, mas a todo conjunto da sociedade (CAMPOS, 2006). Marçal (2012) encontrou resultados que demonstram que as políticas de saúde dificultam o acesso a medicamentos a partir da dificuldade na sua implementação (MARÇAL, 2012).

O usuário, ao judicializar uma ação, provoca a necessidade de atendimento pelo gestor. Essa ação judicial advém da ineficiência da política pública que operacionaliza o interesse coletivo. A incapacidade de atender ao coletivo provoca o interesse individual em ser atendido por um mandado judicial.

Entretanto, a judicialização ocorrida no âmbito municipal é retratada como inviabilizadora das políticas e saúde, tendo em vista que a realização plena das políticas de saúde está atrelada à existência de recursos financeiros. Nesse contexto, ainda se complementa que a judicialização canaliza recursos financeiros para atendimento das determinações judiciais, reduz a possibilidade de atendimento de parcela da população e também o direito à saúde. Esses recursos utilizados para atendimento das ações judiciais nem sempre estão disponíveis e são citados como um fator importante ao se realizar um atendimento.

[...] a judicialização pra mim, hoje, da forma como ela tá [...] ela está inviabilizando as políticas de saúde que nós estamos querendo fazer com que elas deslanchem, queremos desenvolver. Porque a gente não consegue. Porque os recursos pra se fazer política de saúde, a gente precisa de qualquer forma de recurso. Não tem como fazer sem recurso. Os recursos estão sendo canalizados para os mandados judiciais, então, não têm. O se, ou o se pensou, com essa judicialização, estar garantindo o direito dele à saúde, eu acho que tinha que pensar que está tirando da maioria o direito à saúde. [...] Acho que nós estamos gastando o dinheiro do contribuinte, a gente está canalizando para atender meia dúzia de pessoas. Enquanto eu tenho uma população inteira para atender. O Juizado não vê dessa forma. Ele não vê. Eu entendo, sim, que eu tenho que atender uma maioria e não uma minoria (Gestor Municipal – E1).

Como a gente tem esses déficits orçamentários, que tem aquela reserva do possível, eu acho que, em minha opinião, deveria haver mais critérios no deferimento das ações judiciais que intentem o setor vida, saúde, medicamento, cirurgias (Procuradoria – E11).

[...] eles [Judiciário] são muito atuantes. Só que infelizmente nenhum deles vê o que o município tem condições para atender. [...] Eu entendo que, você fica numa balança, o paciente precisa, mas às vezes você não tem para comprar. Aconteceu comigo de não ter dinheiro para comprar. Já tive [...] momentos de não ter dinheiro naquele momento para comprar (Gestor Municipal - E2).

Segundo Nunes (2009), a judicialização possui os valores da vida e saúde protegidos pela Constituição ao mesmo tempo em que a realidade econômica impõe a elaboração de normas infraconstitucionais que considerem a escassez de recursos destinados à saúde (NUNES, 2009).

Os recursos públicos insuficientes para atender às necessidades sociais impõem ao Estado tomar decisões e estabelecer prioridades. O argumento da reserva do possível talvez seja a denominação mais comum na tentativa de defesa do Estado (BARROSO, 2008). Canotilho (*apud* BIGOLIN, 2004) visualiza a efetivação dos direitos sociais dentro da reserva do possível, dependente de recursos econômicos em que sua realização estaria condicionada ao volume de recursos disponíveis para devida finalidade (CANOTILHO *apud* BIGOLIN, 2004).

A “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, mas para Nunes (2009) a descrença da via administrativa com resultados efetivos incentiva as pessoas a procurarem o Judiciário para garantirem resultados individuais satisfatórios, mas danosos à coletividade. A possibilidade de coação, em caso de não cumprimento, possibilita a inversão de prioridades e impele o poder público a atender demandas individuais antes das coletivas. No Brasil, não é a população mais simples que goza de informações sobre as possibilidades de efetivação do direito à saúde, e a judicialização acaba por beneficiar aquele que pode constituir-se em um bom advogado (NUNES, 2009).

Os recursos públicos, quando insuficientes, provocam o aparecimento do direito insuficiente. A aparência dos fatos demonstra a real incapacidade do gestor público para atender a uma necessidade de um cidadão. Os valores constitucionais do direito à vida e à saúde ficam limitados pelo financiamento, principalmente quando a saúde é levada a juízo. Nesse caso, o setor público precisa direcionar recursos de abrangência coletiva para o atendimento individual.

Dessa forma, atender, individualmente, usuários é uma crítica revelada pelo gestor. Como justificativa, é retratada a situação do atendimento coletivo dos usuários do município. A situação ocorrida nos atendimentos individuais deixa

transparente a sensibilidade do gestor em atender um usuário em determinada condição de saúde. Porém, a questão dessa situação é a inviabilidade do setor.

Então isso é um desperdício de dinheiro público. Isso se chama desperdício! Eu não tenho que tratar nenhum paciente. Eu não entendo desta forma. Eu tenho que tratar é de uma maioria. “Ah! Coitado, é um ser humano”. Eu sei de tudo isso, gente! Não é que eu não tenha coração. Se eu pudesse eu não negava nada pra ninguém não, gente! (Gestor Municipal – E1).

Desse modo, retomam-se os resultados produzidos por Asensi e Pinheiro (2008) nos quais os gestores apresentaram que a insuficiência de recursos enseja a priorização de ações, prejudicando outras, predominando a ideia de que o direito não é visto como forma absoluta, mas relativizado por essa insuficiência. Isso provoca parcial satisfação do direito à saúde (ASENSI; PINHEIRO, 2008).

Essa sensação de direito parcial à saúde fica evidente no posicionamento do gestor. Ao considerar que as necessidades de saúde devem ser atendidas, demonstra-se a ideia de que o setor público é incapaz de atender ao todo, sendo somente capaz de atender parte dos usuários.

As prescrições médicas são evidenciadas como motivo para a existência de algumas ações judiciais. Essas prescrições são identificadas como não atreladas a protocolos clínicos e estão voltadas para as necessidades individuais dos usuários e a conduta profissional na prescrição. Por vezes, as demandas estabelecidas pelo prescritor ao usuário não estão de acordo com a disponibilidade de fornecimento pelo município. Esse fato desencadeia um processo via judicial.

Sinceramente, é muito caro a gente vê os médicos prescrevendo medicamentos caríssimos, [...] medicamento de ponta. Eu já recebi até [...] mandados judiciais com medicamentos que eram de experimentos e o médico prescreveu. Então, assim, vários médicos não estão tendo um limite para eles, eles acham que aquele medicamento vai ser bom, prescreve, pede tantas caixas e no mês seguinte viu que o medicamento não deu certo e muda para o outro, como se fosse a coisa mais fácil do mundo para o município, estado ou união desembolsar aquele medicamento. E eu presenciei vários médicos indicarem aos pacientes a procurar a justiça gratuita [...] (Gestor Municipal - E2).

E, agora, deu pra gente receber receituário, que já vem que não pode ser trocado, o médico escreve que não pode ser trocado por medicamento. Nem por similar, nem por genérico (Gestor Municipal – E1).

O usuário, ao receber uma prescrição médica, precisa ser atendido pelo SUS, pois a clínica médica demonstra a necessidade. A ausência no SUS pode levar o usuário a pedir esse medicamento pela via judicial.

Interessante ressaltar o estudo de Marçal (2012) no qual os resultados sugeriram a orientação do médico ao usuário para obter acesso a medicamentos por meio da via judicial, prescritos de forma consciente, sabendo-se da inexistência no SUS (MARÇAL, 2012). Essa orientação pode indicar o aparecimento de ações judiciais ao gestor municipal.

Em Santa Catarina, Leite e Mafra (2010) realçaram que os usuários não sabiam da possibilidade de cobrança de medicamentos ao Estado antes da indicação da via judicial por médico, amigos, SMS e outros (LEITE; MAFRA, 2010).

A procuradoria municipal propõe que a judicialização ocorre a partir do desconhecimento das pessoas:

Em parte eu atribuo esta procura ao poder Judiciário, em parte, a desinformação, as pessoas não são informadas. [...] o Judiciário tem que ser mais bem informado acerca de quais medicamentos devem ser fornecidos pelo município, quais deles devem ser fornecidos pelo estado e aqueles que tem que ser dados pela União. Muitas vezes nós recebemos aqui mandados com pedidos inexecutáveis de medicamentos que o município do porte de Leopoldina não tem condições de fornecer (Procuradoria – E9).

Interessante ressaltar o posicionamento de Scheffer (2009) de que as Secretarias de Saúde dos estados e municípios deveriam organizar instâncias técnicas para agilizarem a verificação e o esclarecimento de dúvidas das prescrições antes que sejam encaminhadas aos tribunais, possibilitando um viés judicial pela aquisição administrativa de medicamentos (SCHEFFER, 2009).

O médico é o profissional prescritor de ações e medicamentos a serem possivelmente judicializados. As pessoas precisam conhecer melhor os serviços e medicamentos disponíveis pelo SUS e adequar os pedidos à realidade do sistema. A inadequação dos pedidos leva ao aparecimento de ações judiciais.

As demandas por atendimento hospitalar também são retratadas como difíceis de serem atendidas, tendo em vista que o município possui limites para “governar” uma transferência ou internação. O município, por ser o ente mais próximo do usuário, acaba por receber solicitações de internação ou transferência

hospitalar de usuários em situações críticas. Conseguir vagas para internação hospitalar são declaradas como difíceis de serem atendidas, pois existem leitos que precisam estar disponíveis e que na ocasião da demanda não estão. Esse fato ainda direciona o município a pensar que o Judiciário, nesse momento, acaba determinando, individualmente, quem será atendido, haja vista que outros usuários também aguardam por transferência e precisam ser atendidos.

A coisa mais difícil é conseguir uma transferência para um neurologista, sabe, então é assim, é muito. Como que eu vou te explicar, é sofrido, e o processo a pessoa requer uma coisa que às vezes o município não, não, ele não vem da atenção básica, mas você acaba sendo mais próximo e a justiça acaba determinando que o município adquira e depois ele solicite o estado ou a União o reembolso disso (Gestor Municipal - E2).

[...] Igual quando pede vaga. Não sou eu quem arruma, tem que existir a vaga. Eu não faço ninguém sair não. [...] Então, na verdade, quem está escolhendo, pra mim quem está apontando, quem vive e morre é o Judiciário. Ele está apontando quem vai viver e quem vai morrer. Não deixa seguir os protocolos. Ah! O paciente, o meu paciente, o juiz mandou eu arrumar vaga pra ele se eu não arrumar vaga ele corre um grande risco de vida. Mas, quantos outros estão lá na fila sem ter corrido ao Judiciário que vão morrer? Às vezes, porque o paciente que o juiz determinou que eu arrumasse vaga para ele não era tão grave quanto o outro que estava na fila (Gestor Municipal – E1).

Aí você tem que pôr na ambulância e ir pra onde? Aí você põe no SUSFácil. Aí nenhum médico quer pegar. Aí eles viram e pensam assim: Ah! não eu vou colocar, não vou puxar o paciente porque isso vai virar, a família vai atrás com mandado judicial [...] (Gestor Municipal - E2).

As internações hospitalares apresentam-se difíceis e angustiantes também para os profissionais de saúde das unidades hospitalares, onde sofrem por espera esses pacientes. Santos, Vargas e Schneider (2010) retratam essa realidade angustiante dos profissionais de saúde quando lidam em casos críticos de pacientes internados nas unidades hospitalares e precisam de leitos de UTI. Os autores aconselham a prática dos enfermeiros em exercer a cidadania em informar os usuários sobre a atuação efetiva do Ministério Público na situação, tendo em vista que problemas técnico-administrativos da existência de leitos não podem ser soberanos à vida de um usuário.

As situações vivenciadas por enfermeiros são as mais diversas, porém a semelhança entre elas é a gravidade de cada paciente e a instabilidade de cada caso, tornando imprescindível o encaminhamento do paciente para uma UTI. Verifica-se que os enfermeiros, em sua maioria, estão assumindo seu papel com cidadania e orientando os familiares a procurar ajuda e buscar auxílio junto ao MP, a fim de viabilizar ao paciente grave um leito de UTI. A ausência de leito de UTI na rede pública é problema governamental e o cidadão brasileiro não deve sofrer as consequências desse déficit, tampouco perder a vida pela indisponibilidade de leitos de UTI. Contudo, para que a população não seja penalizada por esse déficit, torna-se importante que os enfermeiros continuem orientando os familiares e que o Ministério Público atue juntamente com as instituições públicas (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010, p. 97).

O usuário em condições críticas sofre pela necessidade de ser atendido e precisa conseguir atendimento em momento oportuno. Nessa hora uma ação judicial para o gestor de saúde é considerada inviável, já que o mesmo não possui governança nos pedidos de internações e transferências, tendo em vista os limites do próprio sistema.

Contudo, é preciso pensar melhor, nesse contexto, sobre a organização da rede de atenção à saúde. É necessário atentar para a situação da integralidade da atenção e concentrar adequadamente os serviços que garantam os preceitos constitucionais e a horizontalidade de uma rede.

Essa rede constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade ascendente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A integralidade da assistência à saúde inicia-se e se completa na rede mediante referenciamento do usuário na rede regional e até interestadual (BRASIL, 2011c).

Os serviços de saúde precisam estar disponíveis ao usuário, principalmente no limite da vida com a morte. O gestor de saúde no município precisa ter à sua disposição serviços adequados e oportunos que possam dispor ao usuário o atendimento adequado. O SUS precisa ter organização da oferta para que o gestor consiga prover a necessidade individual, até mesmo judicial, nesse nível.

Enfim, para o município, a situação atual é crítica e não há perspectiva, do ponto de vista do município, de melhorar ou estreitar de forma que fique adequada ao município. Um fato é que essas ações, para eles, possuem tendência ao aumento em cada dia que se passa e há a necessidade premente de uma intervenção essencial de alguém ou que ocorra algum consenso entre

partes, que desenvolva melhor os atendimentos em saúde e também os atendimentos às ações judiciais.

Se continuar do jeito que está o município não vai suportar por muito tempo, vai ter que haver um consenso entre estado e Judiciário, porque se o município tiver que arcar com tudo. o município, estado, todo tipo de tratamento, não suporta financeiramente. Se você hoje chamar a Secretaria de Saúde atual e perguntar quanto ela gastou eu aposto que ela gastou mais do que eu no ano passado. E tá crescendo, e muito. [...] Eu acho que em longo prazo, eu acho, que alguém vai pôr um freio nisso. Porque vai ter que colocar. Porque ninguém está suportando mais isso. [...] Agora, a médio prazo, isso só vai piorar. Isso só vai piorar. Eu recebo por dia cerca de, [pausa] em média de um mandado por dia, tem dia que a gente recebe três, mas uma média de um mandado por dia que chega.

Eu acho que a tendência é que cada vez ela aumente mais. Se não vier uma solução, uma alternativa, nós, os entes municipais, vamos ficar completamente à mercê do Juiz. [...] Então, eu creio, que tem que ser tomadas providências por parte do estado, por parte do próprio Poder Judiciário, para a gente equalizar esta questão. [...] Eu estou ficando assustado com essa questão do SUS do município (Procuradoria – E9).

Eu acho que é uma tendência inicialmente a aumentar ainda mais. Agora, cabe ao município buscar meios de efetivas esse direito à saúde, de forma mais eficiente, e para que minimize isso. Acho que uma tendência não nossa do município aqui hoje, mas de todos os municípios que sofrem limitações. Mas, como já te falei, como existe uma demanda ilimitada e recursos limitados então essa tendência à judicialização é uma coisa que não vejo hoje como isso retroagir (Procuradoria – E11).

O panorama apresentado sobre as ações judiciais em saúde no âmbito federal pela Advocacia Geral da União (2013) evidencia a inegável significância das ações judiciais, pois obtém interesses legítimos que não podem deixar de ser apreciados pelo Judiciário. Porém, é igualmente contestável que as mesmas provocam um gasto desordenado e impactam de modo expressivo na programação e organização do SUS. Além disso, o órgão ainda revela a necessidade de buscar uma linha que atue junto com interessados no assunto para conjugar os interesses individuais com percepção coletiva dos mesmos (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2013).

A situação da judicialização no município reflete uma realidade nacional. Não é particular o quadro apresentado por esses atores e a expectativa que fica é de solução a longo prazo dos fatos. O momento atual configura a necessidade, para os atores, em se atribuir limites às ações judiciais para que o município não entre em real colapso. Um futuro promissor apresentado pela Advocacia Geral da

União é envolver atores do processo para que eles consigam levantar particularidades e discussões que envolvem essas ações e as mesmas consigam efetivar o direito à saúde.

4.2.2.3 Atores das instituições jurídicas

A judicialização é vista pelos atores das instituições jurídicas como uma solução para os usuários do SUS, na medida em que a ausência do setor saúde, responsável pela execução de ações e serviços públicos de saúde, não consegue atender às demandas dos usuários do SUS. Esses atores citam a importância do direito à saúde, direito à vida e à dignidade da pessoa humana para a defesa dos direitos constitucionais a serem defendidos pelo Poder Judiciário. Porém, a defesa desses direitos tem sobrecarregado o Poder Judiciário com o aumento desse tipo de demanda nos últimos anos. Nesse ponto, medidas têm sido adotadas antes de se judicializar, como o envio de ofício pela promotoria ou defensoria comunicando ao município sobre a solicitação do usuário. Essa é uma intenção inicial que busca uma solução administrativa anterior à judicialização.

A) Compreensão dos atores das instituições jurídicas sobre o direito à saúde

A atuação do Poder Judiciário está voltada para a defesa do direito ao usuário do SUS, uma vez não atendido pelos órgãos públicos responsáveis. Ao usuário cabe recorrer ao Judiciário quando necessita e ao Judiciário cabe deferir ou não a necessidade do direito ao usuário atribuído. Porém, levantou-se que o Judiciário não tem conhecimento da origem dos problemas, por atuar diretamente na ponta, no processo finalístico de proporcionar a defesa do direito com base em ação judicial, e seria interessante conhecer essa realidade.

[...] o Judiciário tem sido bastante efetivo. Ele tem sido bastante sensível às nossas demandas, não só nossa, como do Ministério Público, de advogados, embora a demanda maior seja da defensoria e do Ministério Público, mas o Judiciário aqui tem sido bem sensível (Defensoria – E7).

Olha, o Poder Judiciário o único papel que ele tem é esse. Deferir as liminares, de julgar procedentes os pedidos, das ações cominatórias, dos mandados de segurança, porque ele não interfere na área do Executivo, que é a promoção da saúde, da assistência. Então, o papel dele está sendo esse: garantir a saúde àqueles que necessitam com urgência através das decisões judiciais (Defensoria – E8).

O Judiciário tem dado guarida às pretensões dos usuários, tem acolhido as ações do Ministério Público, as ações das defensorias e advogados, o único problema, a única coisa que eu diria é que falta ao Judiciário por não atuar na ponta do problema e não no início do problema, falta ao Judiciário um conhecimento maior a respeito do conhecimento dos serviços de saúde (Promotoria – E6).

Então, na verdade eu acho que o Poder JUDICIÁRIO ele fica apagando fogo. Onde está o problema ele vai resolver aquele problema. Aliás, a justiça é para isso. A jurisdição é isso. É dizer o direito. Dar a cada um o que é seu. Dar a cada um o direito a que lhe pertence (Promotoria – E10).

Porque a pessoa só busca a via judicial se ela não é atendida espontaneamente, se ela não consegue ter o atendimento pelo município de imediato. [...] O cumprimento das decisões é um pouco demorado. Para efeito de buscar uma eficácia do cumprimento da decisão é preciso fixar uma multa diária caso não seja cumprida a decisão. Como forma de reforçar (Juiz – E4).

O Judiciário deve agir quando provocado por alguém ou, nesse caso, algum usuário lesado no atendimento em saúde. Sua ação está vinculada a uma inércia. Nessa condição, pode-se ressaltar que quando não há provocação, não há judicialização. Se há qualquer movimentação do usuário ao buscar alguém que defenda seu direito, haverá movimentação para uma ação judicial que será decidida por um juiz.

Nesse sentido, Asensi (2010b, p. 37) sublinha que “no Poder Judiciário não há juiz se não houver um autor.” Ainda segundo o mesmo autor, o Poder Judiciário é responsável pela resolução de conflitos e somente poderá agir se alguém com o sentimento de direito lesado levar à situação de ação ou omissão de outro para que seja, assim, apreciado e resolvido tal litígio (ASENSI, 2010b).

Atuam em defesa daqueles que necessitam de atenção em determinado momento: o Ministério Público e a Defensoria Pública, como exemplos. Essas demandas têm sido atendidas caso a caso, conforme apresentação documental aos juízes. Entretanto, não deveriam estar presentes na rotina diária do Poder Judiciário, pois já deveriam estar sendo atendidas, em caráter administrativo, pelo poder público do município.

O posicionamento dos atores das instituições jurídicas demonstra que o setor recebe as manifestações judiciais e os juízes têm dado parecer favorável ao usuário quando ele necessita de atendimento não contemplado pelo poder público anteriormente. Nesse cenário fica evidente a atuação do juiz quando não há mais instâncias de solução, ou seja, como uma instância final para solução.

B) Compreensão dos atores das instituições jurídicas sobre a assistência à saúde

As políticas de saúde quando não efetivadas pelo poder público abrem as possibilidades para atuação do Poder Judiciário. Esse poder é visto como um importante membro solidário a atender às demandas não efetivadas pelo poder público. Ainda assim, é preciso que as mesmas sejam mais bem trabalhadas e que tornem possíveis as demandas de saúde em todas as premissas de assistência, da prevenção ao tratamento.

Acredito até que exista política de saúde, mas acredito que ela não seja bem administrada ou bem empregada e aí leva ao mal necessário, que é a judicialização, que não é o que a gente queria do Estado. A gente queria que a saúde que é um direito garantido na Constituição fosse oferecida a todos indistintamente (Defensoria – E7).

[...] eu acho que a política de saúde, o Sistema Único de Saúde ele atende, mas não atende satisfatoriamente, daí a necessidade de se acionar o Poder Judiciário (Promotoria – E10).

Quanto pior a política de saúde, mais judicialização. Política de saúde tem que funcionar por si própria. O que muitos entendem: qualquer coisa que tem que ser feita vai direto bater na porta do Judiciário é uma aberração. [...] O poder Judiciário atua em última análise, como último recurso. Quando nada mais funciona é que deve ser utilizado o Poder Judiciário como forma de manter a demanda, lide, uma pretensão não satisfeita. O correto, repetindo, é que cada um, cada ente federativo, cada instituição, cumpra a sua parte de modo a não chegar ao Judiciário a necessidade de atuação neste poder (Juiz – E3).

A judicialização existe porque as políticas de saúde não conseguem abranger as necessidades totais. As políticas públicas não conseguem ter essa ramificação para poder atender aos interesses de todas as pessoas. Essa questão aqui também é uma questão orçamentária. Talvez os recursos que estão sendo destinados à saúde não estão sendo suficientes para atender às demandas, em nível federal, inclusive (Juiz – E4).

É essencial que o Poder Judiciário garanta aos sujeitos o acesso ao serviço público padronizado por respectiva política pública e também quando o mesmo encontrar-se inexistente. De certa forma, é considerável que o Poder

Judiciário conheça elementos da política pública com base nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis. Esses aspectos são defendidos por alguns autores (MARQUES; DALLARI, 2007).

De acordo com Dallari (1991), a intervenção do Estado na sociedade produz direito e segurança a partir do direito positivo em saúde como um instrumento de implementação de políticas (DALLARI, 1991). Um direito não se reduz à síntese de um simples objeto, deve possuir um significado real, financiamento estratégico (DELDUQUE; BARDAL, 2008). Contudo, o direito à saúde possui natureza própria, princípio jurídico amplo e é conduzido pelas políticas de saúde tangenciadas por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e culturais relacionados ao cuidado em saúde (MARQUES, 2009).

As políticas de saúde são desdobramentos articulados a partir do direito à saúde e elas operacionalizam as ações e serviços públicos aos usuários que estão estritamente relacionados a fatores sociais, econômicos e tecnológicos. Fatores como esses, quando ausentes em uma política, podem não efetivar a necessidade de saúde que abre margens para atuação e garantia por intermédio do Poder Judiciário. Para os atores das instituições jurídicas, os usuários procuram o Poder Judiciário para que a sua demanda seja atendida em casos de ausência de atendimento.

Olha, a nossa experiência na defensoria é: demora no fornecimento de exames, procedimentos, a demora no agendamento, porque é determinado um número de cotas, para um determinado procedimento, determinado tratamento, consultas e a demanda é muito maior do que a cota que é oferecida. Então, muitas das vezes o médico, ele fornece um atestado médico dizendo que a pessoa não pode esperar o tempo que o SUS pede para um agendamento. Têm casos que a pessoa espera seis meses, quatro meses, têm casos que as pessoas esperam dois anos, três anos e parece que seu documento é esquecido e aí a gente tem que judicializar (Defensoria – E7).

A primeira questão que leva as pessoas a procurar o Ministério Público ou a Defensoria Pública ou advogados de maneira geral para ajuizar ações contra os serviços de saúde ou buscando garantir os serviços de saúde é a má prestação do serviço. Como subitem dessa má prestação de serviço a má qualidade na informação dos prestadores de serviço público de saúde. [...] Por outro lado, o funcionamento do sistema não é adequado, a atenção básica ainda é muito precária e isso gera, desencadeia, uma série de doenças, de problemas de abalos à saúde física e mental, por conta exatamente, da precariedade de atendimento da atenção básica, passando pelas equipes da estratégia de saúde da família, que não funcionam como deveriam, seus profissionais não cumprem a carga horária que deveriam, principalmente profissionais médicos, e isso gera, inclusive, uma demanda desnecessárias e excessivas nas entidades hospitalares e serviços de pronto-socorro (Promotoria – E6).

Porque os órgãos incumbidos de prestarem as funções não estão atuando em contento. Eu só gostaria de reforçar um ponto de vista importante é que a função do Judiciário é resolver em último caso aquilo que não é resolvido pelas partes. Quando a pessoa vem ao Judiciário é porque deveria ter esgotado todas as esferas, tudo deveria ter funcionado como deveria. Então, o SUS é uma autarquia, o Sistema Único de Saúde que aqui é feito para funcionar, se está desembocando no Judiciário, é porque alguma coisa não está funcionando direito, não está suficientemente organizado (Juiz – E3).

Necessidade e urgência. Necessidade premente. [...] E a falta de meios próprios para custear isso. [...] Geralmente, estando demonstrado documentalmente (com receita médica) o atendimento é imediato. A determinação é que cumpra. Essas ações da saúde em regra têm pedido de liminar, um pedido imediato (Juiz – E4).

Sobre os posicionamentos expostos, Scheffer (2009) afirma que as ações e decisões judiciais são consequências da necessidade de saúde, do amadurecimento da organização da sociedade, das políticas de Estado, da organização da administração pública e da atuação dos profissionais de saúde (SCHEFFER, 2009).

As ações judiciais demonstram um teor de transformação na rotina do processo de condução de trabalho no setor Judiciário e também no poder público. Isso porque essas ações surgem de demandas de saúde contundentes com uma necessidade de saúde do usuário não atendida a contento.

C) Compreensão dos atores das instituições jurídicas sobre a judicialização

A judicialização é vista pelos atores como um processo necessário para a garantia do direito dos cidadãos. As pessoas que procuram a defensoria e a promotoria requerem atendimento. Essa necessidade é reconhecida como um direito à saúde e a judicialização é um passo para a conquista dos direitos constitucionais.

Infelizmente é um mal necessário atualmente tendo em vista que a realidade do SUS, não só em Leopoldina, mas no estado de Minas Gerais, em âmbito nacional, não está tendo condições de atender à demanda da população (Defensoria – E7).

Porque as pessoas procuram a defensoria pública necessitando de medicamentos, exames, internações. A demanda é enorme. O SUS não dá conta. Então, a partir do momento que a gente é procurado, ainda a gente sabendo que existe uma fila, que existem outras pessoas que também precisam de atendimento, esses que chegam a procurar a defensoria pública são casos de urgência. Então, a gente não tem como deixar de tomar alguma medida, afinal de contas nós estamos lidando com o direito à saúde, com direito à vida, com garantia da dignidade da pessoa humana que são princípios constitucionais básicos (Defensoria – E8).

Olha, a judicialização, eu acho que, em primeiro passo, é uma conquista do cidadão que descobriu no Ministério Público uma grande trincheira para defesa de seus direitos de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Por outro lado, essa demanda que hoje se avolumou no Brasil inteiro é uma preocupação da própria justiça brasileira e do próprio Ministério Público. Medidas têm sido adotadas para evitar a judicialização, de maneira a se resolver as questões, as demandas de saúde nas vias extrajudiciais, mas a judicialização é o último recurso que o cidadão possui para garantir o seu direito constitucional de acesso à saúde (Promotoria – E6).

A judicialização do SUS é uma coisa inevitável tendo em vista que não está sendo possível para os entes públicos atuar de imediato. Assim, as pessoas acabam ingressando na justiça porque é a única, é a última opção que ela encontra (Juiz – E4).

A Constituição, em seu artigo 5º, XXXV, estabelece expressamente que “lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988, s.p.). Segundo Marques, Melo e Santos (2011), a judicialização é uma saída para que usuários tenham acesso a ações e serviços públicos de saúde (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011). Alguns autores concordam que o cidadão não pode deixar de ter um direito constitucional reconhecido (BRASIL, 2006b; MARQUES, 2008).

A judicialização para esses atores tem início quando um usuário vivencia ausência ou negativa de atendimento no SUS e reconhece a necessidade de ser atendido que é levada ao conhecimento da defensoria e da promotoria. E estes atores têm dado a atenção necessária para que o usuário tenha provido o atendimento à saúde pela via judicial. O primeiro passo para que uma ameaça ao direito seja apreciada pelo Poder Judiciário é o usuário levar ao conhecimento desse Poder a sua necessidade. Algumas medidas extrajudiciais são citadas para evitar a judicialização, que é tida como recurso para garantir o direito.

O Judiciário, nos últimos tempos, vem sendo demandado para solucionar determinados tipos de ações judiciais como medicamentos e internações, que de maneira geral as políticas públicas não conseguem atender.

O que eu tenho observado é que isso, de uma maneira geral, não só em Leopoldina, de uns tempos para cá, o poder Judiciário começou a ser muito demandado a essa questão de demandas por medicamento, principalmente demanda pelas internações judiciais. Porque as políticas públicas, o Sistema Único de Saúde, como são muitas pessoas, não pode, de uma maneira geral, atender a toda população que embora seja o direito de todos os brasileiros terem o acesso gratuito ao SUS, universal. Como ele é um serviço colocado à disposição de todas as pessoas hipossuficientes ou não, não importa a condição econômica, nós vemos que a saúde falta mais, como a gente tem lido aí, falta mais investimentos, em razão dessa pobreza, dos orçamentos que são destinados à saúde, diante da quantidade de pessoas que muitas vezes são pessoas que recebem um salário mínimo ou pouco mais que um salário mínimo, então ficam naquela condição de que ora compram medicamento, ora pago um exame ou eu compro a comida.[...] [...] a questão da diminuição, do empobrecimento das pessoas, muitas, como lhe falei, as vezes não [...] recebem mais que um salário mínimo e os medicamentos eles são caros e muitas vezes. A gente vê aí aumentos e mais aumentos. Então, as questões aí de preços abusivos, isso tudo contribui com o inchaço dessas demandas no poder Judiciário (Promotoria – E10).

Nesse caso existem dois tipos que procuram a judicialização: medicamentos e procedimentos (cirurgias). E a falta de meios próprios para custear isso (Juiz – E4).

Para Delduque, Marques e Romero (2009), a tutela pela via judicial ocorre quando há envolvimento de conflitos relacionados ao direito social à saúde e a judicialização acontece a partir do direito para controlar a política pública (DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009). Autores ressaltam que a judicialização ocorre quando o juiz atua a partir do direito para controlar a política pública (APPIO *apud* DELDUQUE; MARQUES; ROMERO, 2009).

Sobre a condição econômica do autor, para Ventura *et al.* (2010) a intensidade das demandas mostra o favorecimento do acesso ao sistema público de cidadãos sem condições de arcar com os custos de seus medicamentos e da demanda judicial (VENTURA *et al.*, 2010).

As demandas dos usuários levadas a juízo estão estritamente relacionadas ao direito à saúde. As pessoas levam suas dificuldades de acesso ao SUS e têm sido ouvidas tendo em vista a defesa do direito no controle da política pública. Um fato apresentado é que o sistema tem encontrado dificuldades para atender à totalidade da demanda. Mas o direito tem sido imperioso ao tratar cada caso sem discriminar qualquer pessoa, embora possua condições econômicas para arcar com as custas processuais ou de tratamento. Esse contexto enquadra legalmente os princípios da universalidade e equidade do SUS.

A judicialização proporciona sobrecarga no Judiciário devido à ausência do poder da parte, ou seja, do poder público. Contudo, o Judiciário tem cumprido a sua parte, sendo este considerado um quadro lastimável e que precisa ser superado.

Parece que isso dá certo conforto em dizer para a população: “Olha! Eu estou fazendo porque o Estado me obrigou!” Porque na realidade eu não quero fazer, eu não posso fazer. No fundo dá no mesmo. O sucateamento é uma maneira de eximir a responsabilidade pelo pagamento ou não pagamento do que aquilo que deveria ter sido feito pela própria entidade, no caso o SUS. [...] Eu entendo por que o SUS deveria ter meios para poder atender mais à demanda dos segurados como um todo de modo a não exigir a integração do Judiciário. [...] Porque na medida em que você passe a exigir do Poder Judiciário atuação que seria basicamente dever das partes, estado, município e do SUS, como consequência, como autarquia, eu acho que está sobrecarregando desnecessariamente o órgão. Acho que a função da democracia e do próprio desenvolvimento natural das relações humanas é setorizar de forma a não sobrecarregar. Cada ente cumprir a sua parte, como um todo, completo. Quer dizer, a forma como vem sendo conduzida, cada vez exigindo mais do Judiciário uma atuação firme no sentido de cada um cumprir a sua parte num todo, eu acho que é um defeito que deve ser suprido com o passar do tempo. Acho que é um quadro lastimável que deveria ser revertido (Juiz – E3).

Segundo Chieffi e Barata (2009), o Judiciário tem interferido em situações que envolvem competência do Poder Executivo e essa intervenção para garantir direito tem sido denominada judicialização (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Ao Judiciário compete solucionar problemas que envolvem os usuários e o setor público de saúde. Situações em que o poder público de saúde não consegue cumprir o seu dever exigem, conseqüentemente, a atuação do Judiciário.

O aumento no número de ações judiciais nos últimos anos ocasionou aumento das atividades relacionadas à competência do Poder Judiciário. Relatório da Advocacia Geral da União sobre o panorama da judicialização nas justiças federais e apontamentos para o campo das justiças estaduais identificam um crescimento abrupto ao longo dos anos, impactando consideravelmente na saúde pública (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2013).

As ações judiciais em saúde poderiam não existir se o setor público atendesse em momento oportuno à necessidade do usuário. A ocorrência da desassistência levou nos últimos anos à sobrecarga do Poder Judiciário ao intervir no Executivo.

Algumas dificuldades relatadas pelos atores das instituições jurídicas estão relacionadas ao ente responsável pela demanda assistencial. Quanto ao estado de Minas Gerais, ficou expressa a dificuldade em ajuizar o ente estadual, tendo em vista a prerrogativa de foro.

Nós encontramos dificuldades nas ações que são propostas contra o estado de Minas Gerais. Todo tipo de recurso, tudo que puder fazer para emperrar ele faz. Ele faz [...] para fazer cair em cima do município que é o que está mais perto da gente. Então, a gente acaba entrando mais contra o município do que contra o estado, diante da burocracia que é porque, pra gente ajuizar uma ação contra o Estado, se for mandado de segurança, por exemplo, tem que ser em Belo Horizonte. Mas no Judiciário a gente não encontra dificuldade. No município também não. Uma vez que sai a liminar, o município tem cumprido. A dificuldade que tem é só mesmo quando necessidade de procurar junto ao estado (Defensoria – E7).

Quanto ao sistema, é preciso considerar a legislação do SUS. A Lei nº 8.080/90/1990 trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização e o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS ressaltam que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Para o exercício dessas funções é necessário ter um conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Esse perfil enaltece um sistema unificado e compartilhado entre as três esferas de gestão que possuem competência e atribuições comuns e individuais para União, estados e municípios em seu âmbito administrativo. Levantam-se para discussão algumas delas.

a) Atribuições comuns às três esferas:

- definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde.

b) Atribuições da União:

- definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade;

- prestação de cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.

c) Atribuições do Estado:

- promoção da descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS;
- prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios e execução supletiva de ações e serviços de saúde;
- identificação dos estabelecimentos hospitalares de referência e gestão de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

d) Atribuições do município:

- planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e gerência e execução dos serviços públicos de saúde.

Apesar da municipalidade sobre a execução das ações judiciais serem conceituadas como essenciais para prover o atendimento a uma demanda judicial, as ações e serviços públicos de saúde possuem atribuições e competências individuais e comuns que precisam ser discutidas na lógica da avaliação, controle, financiamento e execução. As competências envolvem eventos complexos na administração pública que precisam trabalhar o conjunto da obra, ou até mesmo a rede, provocando discussões que aprimorem a gestão e o funcionamento das ações e serviços públicos, desde a prevenção até o tratamento de situações de saúde envolvendo todos os entes federados. É importante observar as atribuições comuns de cada ente. O município deve executar as ações e serviços de saúde com o apoio, controle, financiamento, fiscalização, coordenação e cooperação dos demais entes federados para que os resultados assistenciais tenham efetividade.

O município tem sofrido com a sobrecarga de ações judiciais que não são de sua competência. Essa sobrecarga ocorre nas internações, com medicamentos. A medida adotada para promover a celeridade do processo é

obter um mandado de segurança para que o paciente seja atendido em tempo hábil.

[...] na maioria das ações que a gente ajuíza, a gente obtém a liminar, a tutela antecipada, os medicamentos são fornecidos. [...] Porque até mesmo o próprio juiz, quando vê um laudo médico, quando vê uma urgência, quando vê a necessidade, ele não vai negar. Porque se aquela pessoa morre, dependendo do medicamento, ficou dependendo tudo na mão dele. E a gente já viu, por exemplo, ações de internação, transferência de paciente que não estava conseguindo vaga pelo SUSFACIL, a gente conseguiu a transferência, daí a um ou dois dias ela falece. Se não tivesse transferido, ele iria falecer do mesmo jeito. Então, [...] ficaria talvez na nossa culpa: “Não, ele faleceu porque ele não teve assistência”. Assim, a gente fez a nossa parte (Defensoria – E8).

[...] as ações têm uma tramitação célere e eu utilizo o remédio do chamado mandado de segurança, é uma ação judicial de rito sumário, é uma ação que proporciona celeridade e eficácia máxima, força mandamental de suas decisões, eu não vejo nenhum tipo de problema (Promotoria – E6).

Ventura *et al.* (2010) informam que a antecipação de tutela é uma decisão judicial em que o juiz aprecia as provas apresentadas pelo autor da ação e avalia se o "perigo da demora" para a realização do procedimento via judicial pode violar de modo irreparável o direito desse autor, como, por exemplo, agravar o seu estado de saúde (VENTURA *et al.*, 2010).

A apreciação da ação por parte do juiz é fundamental para prover atendimento oportuno e que por vezes pode causar dano irreparável na saúde do usuário. Os exemplos apresentados pelos atores indicam que os casos graves merecem atenção especial para atendimento a partir de um mandado de segurança.

Asensi e Pinheiro (2008) consideram que “o caminho para a construção do direito à saúde no Brasil está aberto, ensejando uma articulação efetiva entre os principais atores envolvidos na sua garantia”. Para isso, os autores definem o direito visto como “fato”, como “norma” ou como “valor”, estrategicamente pensando esse direito como prática (ASENSI; PINHEIRO, 2008, p. 2156).

Percebe-se que as ações judiciais atualmente exercem forte impacto na visão dos atores das instituições jurídicas. A médio e a longo prazo, medidas precisam ser tomadas para que a judicialização do setor saúde no município diminua. Algumas providências estão sendo tomadas pela promotoria relacionadas ao diálogo com os demais gestores de saúde e à identificação das

origens dos problemas a fim de se evitar o processo finalístico que dê origem à judicialização. Porém, dita-se o que precisa ser feito e isso é um fator dependente dos investimentos atribuídos ao setor e também ao desenvolvimento das políticas de saúde, fazendo com que os usuários não necessitem procurar o Judiciário para obter atendimento.

Olha, a resposta não é fácil. Bom, a médio prazo o que o Ministério Público tem feito é manter um diálogo constante com os gestores de saúde da comarca, da cidade, dos demais municípios que integram a comarca, para evitar o máximo a judicialização. Atacar também no nascedor dos problemas para que os problemas sejam enfrentados de maneira global e evitem ações individualizadas de saúde. Então, assim a médio prazo. No curto prazo e a médio prazo, o que se espera, no curto prazo tem sido desenvolvido nessas ações. No médio prazo, o que se espera que essas ações e que a judicialização diminua. E, a longo prazo o cenário é, não sei se seria exagero dizer ou utópico, mas desejado é a desjudicialização completa dos serviços de saúde apenas para aquelas questões estruturais em que se precisa uma ação coletiva que valha para toda a coletividade, toda comunidade (Promotoria – E6).

Aí vai depender dos investimentos. O futuro a gente sempre espera que seja melhor, a esperança são as melhores. A gente tem que esperar que coisas melhores vão vir, que ações melhores vão vir, para os nossos usuários, para nós mesmo. [...] Então, eu acho que essa questão do futuro, eu tenho esperança. Então, melhorando, se as políticas públicas melhorarem, se o sistema funcionar mais adequadamente, então eu acho que mais assistido estará o cidadão e com certeza estando ele frente a frente ali, mais urgentemente ali com a secretaria resolvido o seu problema ele não vai procurar a via judicial (Promotoria – E10).

Olha, eu espero que melhore a médio e longo prazo. Mas, eu não tenho uma visão crítica de como tem sido organizado o SUS para poder afirmar. Eu sei o que eu venho vendo até então é que a demanda contra o SUS, INSS e todo sistema de saúde, vem aumentando cada vez mais dando a entender realmente que ou não está dando vazão por culpa do órgão ou sobrecarga de pessoas, porque as pessoas estão sabendo mais dos seus direitos. Mas o que eu tenho visto é que vem aumentando a demanda em que o SUS é parte de um modo geral como réu nas ações (Juiz – E3).

Olha, eu acho que vai acabar havendo uma convergência de acordo com a demanda. Pelo menos seria o ideal, com o tempo ir se adequando às necessidades daquelas pessoas que estão procurando. [...] Talvez esteja havendo um descompasso da estrutura dos órgãos públicos com as necessidades das pessoas. Ele não está preparado para atender àquilo. Despreparo? Falta de previsão? Estabelecer prioridades? Talvez. É difícil averiguar (Juiz – E4).

A judicialização é um caminho percorrido que envolve a complexidade do atendimento ao direito à saúde tanto quanto a gestão do sistema público. Ventura *et al.* (2010) abordam que a judicialização da saúde permeia aspectos políticos,

sociais, éticos e sanitários que superam o componente jurídico e de gestão (VENTURA *et al.*, 2010).

Entretanto, para Delduque e Marques (2011), as questões que envolvem o direito a social à saúde não tornam claros os seus limites e aquilo que o envolve quando relacionados às soluções positivistas diante do arcabouço normativo e a legislação pertinente. Assim, as autoras aludem a uma nova perspectiva da realidade sanitária inserida nas ações, para abordar esse tema condizente com a realidade do direito à saúde (DELDUQUE; MARQUES, 2011).

Embora se tenha boa perspectiva quanto ao futuro das ações judiciais, é preciso considerar um processo complexo envolvendo as soluções processuais entre direito formal e o real, lembrando que o Judiciário estará concentrado em resolver situações que o setor público responsável não consegue resolver.

4.2.3 Observação participante e direta

A observação participante fornece oportunidades incomuns na coleta de dados relacionados à permissão concedida para participar de eventos ou de grupos que são inacessíveis à investigação científica, com capacidade de perceber a realidade do ponto de vista de alguém de "dentro" do estudo de caso, e não de um ponto de vista externo (YIN, 2010). Assim, essa ferramenta foi fundamental para levantar situações vivenciadas no campo de pesquisa.

Alguns pontos foram identificados e merecem destaque na pesquisa: os usuários, os caminhos da judicialização, a gestão municipal e os defensores do direito.

4.2.3.1 Os usuários

Os usuários demonstraram, ao longo das entrevistas realizadas no trabalho de campo, preocupação com possível perda do benefício adquirido por ação judicial. Eles demonstraram a importância que tem o benefício para o tratamento de saúde e a respectiva preocupação em perdê-lo, pois sem a ação tornar-se-ia difícil adquiri-lo. Essa preocupação esteve presente também nas entrevistas. Mesmo com o respaldo legal fornecido pela normatização ética sobre pesquisa com seres humanos, os usuários foram bastante resistentes, provocando o

pesquisador a estabelecer esforços na aproximação para adquirir confiança do entrevistado, assim como explicar a importância que uma pesquisa em saúde tem para informação e conhecimento.

Essa insegurança foi observada e relatada por Leite e Mafra (2010) em estudo realizado no município de Itajaí-SC:

Tais relatos de justificativas, tanto de ordem financeira quanto da gravidade do problema de saúde, e demonstrações explícitas de temor quanto à manutenção do seu benefício caso fosse identificado como autor de processo denotaram a insegurança dos beneficiados quanto à lisura da ação empreendida: os sujeitos não queriam falar sobre isto ou, ao menos, procuraram enfatizar que realmente havia a necessidade de buscar esta forma de acesso, de que não se tratava de “malandragem” ou má-fé (LEITE; MAFRA, 2010, p. 1670)

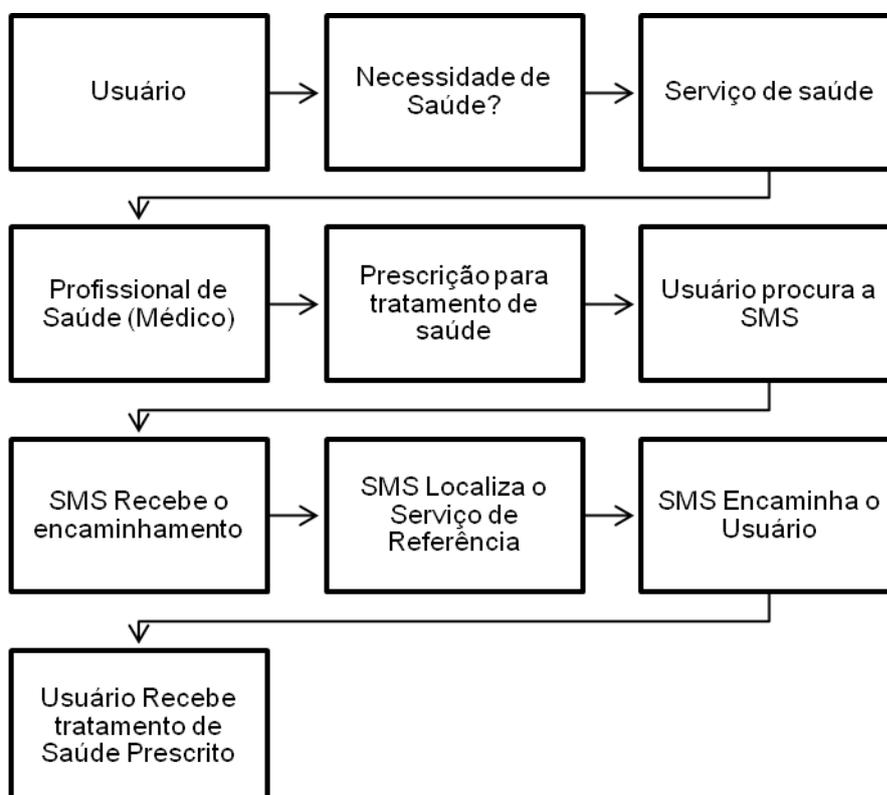
Após o entendimento de todo o aspecto técnico da pesquisa, todos eles demonstraram satisfação em informar e participar, por meio da entrevista, para que a mesma possivelmente pudesse, no futuro, auxiliar e melhorar os serviços prestados pelo SUS e atender melhor às necessidades da população, com a redução da falta de medicamentos e de serviços e outras ações.

4.2.3.2 Os “caminhos” percorridos até a ação judicial

Os caminhos percorridos pelos usuários apresentam situações particulares e dependentes da escolha por advogado particular, defensor ou promotor para defesa do seu direito à saúde. Assim, ilustra-se na FIG. 3, por advogado, o caminho percorrido pelo usuário no município.

Inicialmente, expõe-se o caminho percorrido pelo usuário na via administrativa, aquela em que o usuário procura a SMS para obter atendimento.

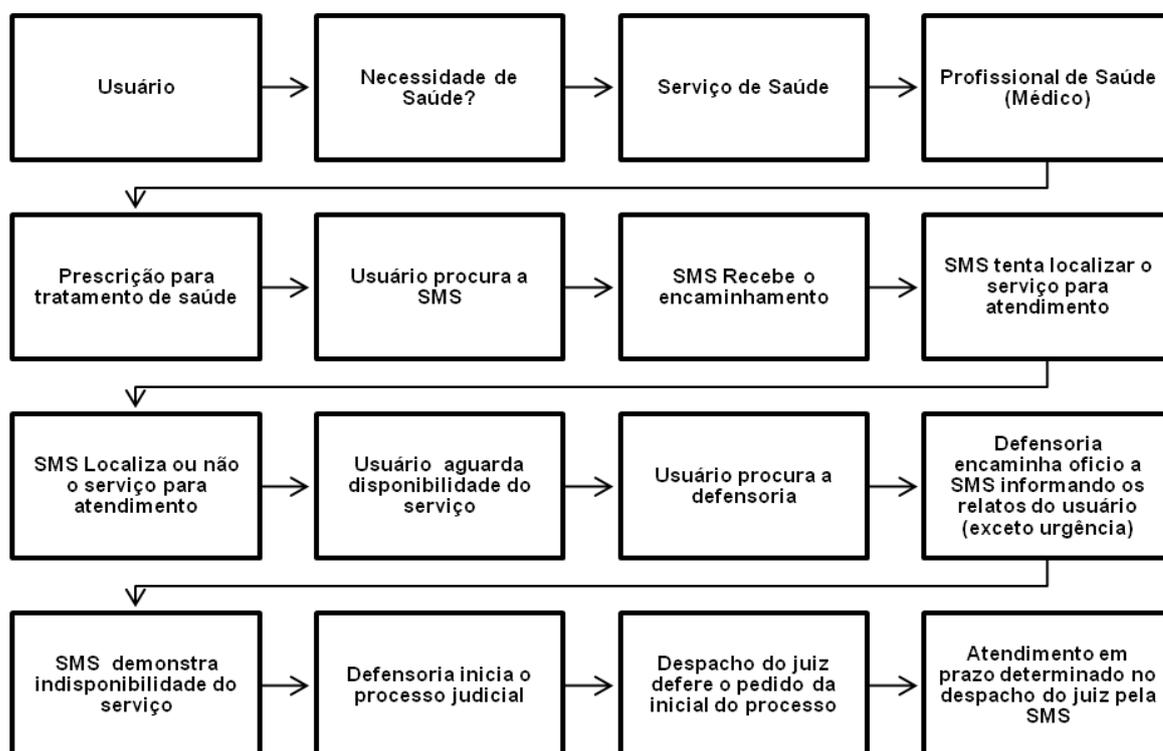
FIGURA 3 - Fluxograma de atendimento positivo pela via administrativa no município



Fonte: do autor.

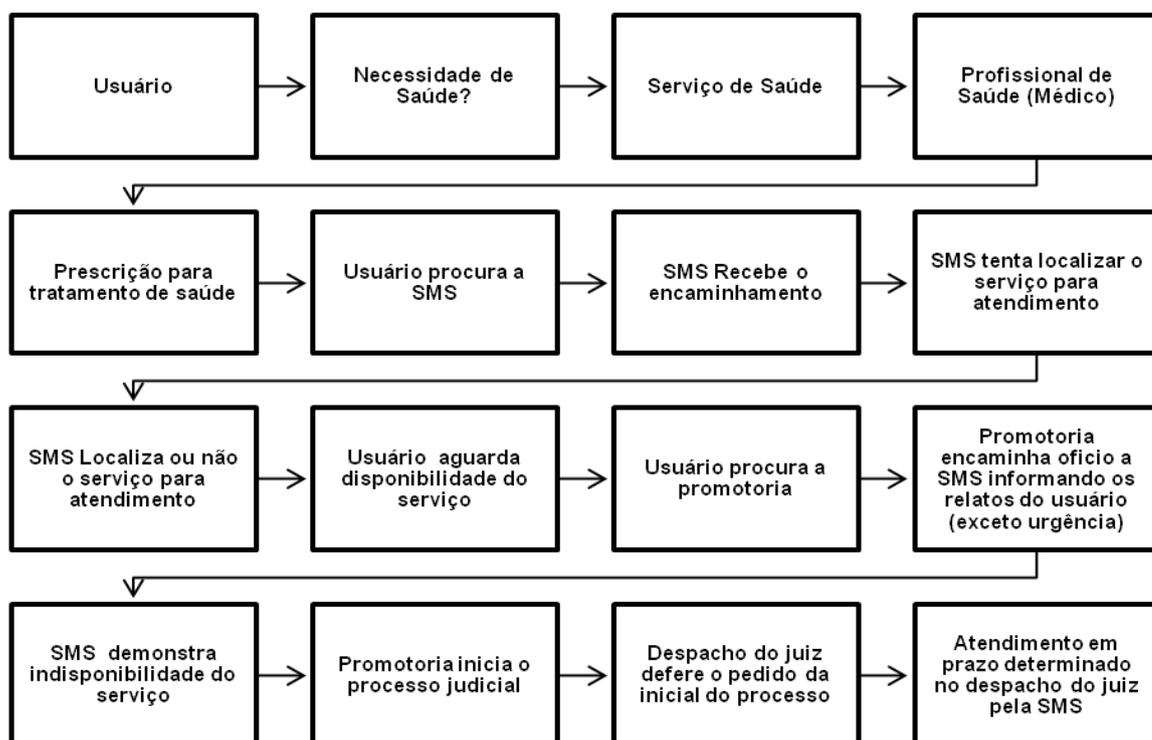
A FIG. 3 mostra o fluxo “feliz” do usuário, sendo este responsável por prover atendimento quando há demanda por tratamento em saúde no SUS. Quando o mesmo não ocorre ou há retardo ou demora no atendimento, o usuário procura alternativas.

FIGURA 4 - Fluxograma de atendimento pela ação judicial na defensoria pública



Fonte: do autor.

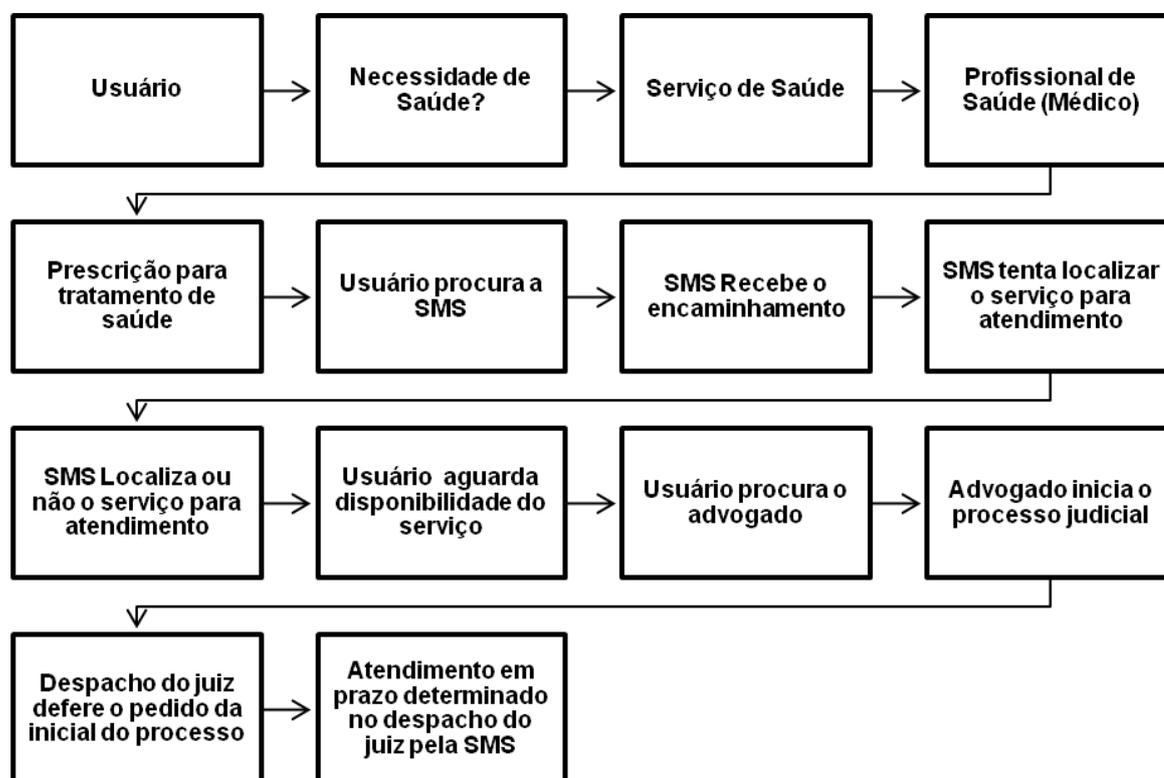
FIGURA 5 - Fluxograma de atendimento pela ação judicial na promotoria pública



SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: do autor.

FIGURA 6 - Fluxograma de atendimento por ação judicial pelo advogado particular



Fonte: do autor.

No entanto, merece destaque a atuação da defensoria e promotoria em notificar os relatos dos usuários à SMS, assim como verificar a disponibilidade dos serviços nas unidades públicas ou conveniadas ao SUS. Mediante resposta apresentada pela Secretaria, é realizada a viabilidade técnica da resposta pela parte para, somente então, iniciar a ação judicial contra o município. Ressalta-se o fato de utilizar, antes da ação judicial, um procedimento administrativo que posteriormente serve como documento anexado aos autos do processo. Na pesquisa com documentos (processos judiciais) não ocorreu registro da mesma forma de atuação pelo advogado particular.

Somente em caráter de urgência a via administrativa é descartada, tendo em vista a gravidade do fato, e geralmente ocorre com internações hospitalares, conforme ilustrado a FIG. 7:

FIGURA 7 - Fluxograma de atendimento de urgência por ação judicial



Fonte: do autor.

Assim, foi possível perceber que o tempo e a necessidade no atendimento são fatores que influenciam a tomada de decisão por aqueles que advogam pelos usuários do SUS.

4.2.3.3 A gestão do SUS

A gestão municipal apresenta uma organização voltada para o atendimento às demandas judiciais. A gestão municipal, ao receber um ofício, responde ao órgão emissor da ação, seja este órgão a defensoria ou a promotoria pública, com a intenção de informar sobre a solicitação. Quando ocorre o recebimento da ação judicial na Secretaria de Saúde, a mesma começa tomar providências para que o usuário possa ser atendido conforme solicitado e encaminha à procuradoria para conhecimento e providências cabíveis ao fato. A procuradoria, diante da ação, presta esclarecimentos essenciais à ação e, em alguns casos, impetra agravo de instrumento, uma espécie de recurso para suspender os efeitos da ação sobre o município.

Além disso, os ofícios encaminhados pela defensoria e promotoria solicitando informações sobre medicamentos disponíveis ou mesmo ausentes na farmácia são respondidos pela gestão municipal em nota técnica da farmacêutica

do próprio município. Os esclarecimentos prestados ficam em torno do insumo contido no ofício e respondidos com base na assistência farmacêutica do SUS e, por vezes, com caráter administrativo, quando se verifica, por exemplo, a ausência por atraso na licitação, entrega pela distribuidora, entre outros motivos.

A dispensação de medicamentos judicializados é realizada por servidor específico da SMS que possui o controle dos processos em arquivo separado por usuário. A dispensação mensal dos medicamentos é feita em relatório individual específico, que informa dados pessoais, medicamentos, data e assinatura do recebedor.

A pesquisa realizada no município parece ter chamado a atenção da gestão do órgão municipal sobre a ocorrência de ações e o gasto financeiro determinado a atender a essa finalidade. Ao iniciar as visitas para ambientação à SMS, foi possível perceber a perplexidade da gestão ao conversar com os servidores do município sobre o tema. Em uma ocasião, na presença do pesquisador, a autoridade sanitária (gestor do SUS) do município informou que até o mês de abril/2013, ou seja, de janeiro a abril de 2013, havia sido gasto valor aproximado de R\$ 180.000,00 para atendimento às demandas judiciais.

No relatório fornecido pela SMS que trata da ficha de empenho (analítico) sobre as ações judiciais em saúde, referente ao ano de 2012, observou-se que o município obteve despesa de R\$ 217.966,23, sendo que o crédito inicial corrente era de R\$ 250.000,00.

Um fato ocorreu no período da coleta de dados no campo e foi acompanhado pelo pesquisador: uma reunião entre a representante da gestão municipal e representante da defensoria pública. A gestão municipal abordou sobre os gastos (relatório detalhado de despesas) com as ações judiciais e informou uma possível inviabilidade de gerir o SUS. A representante da defensoria compreendeu o fato, mas explicou que precisa atender àqueles que chegam ao órgão com solicitação de receitas prescritas por profissionais do SUS, intermediando informações por meio de ofícios à gestão municipal.

Porém, o que ficou claro é que quando não atendidas as necessidades dos usuários conforme a prescrição médica, é essencial a ação judicial. Por fim, alguns pontos ficaram em destaque:

- a) Alinhamento necessário entre a gestão municipal e os profissionais de saúde a respeito dos medicamentos disponíveis na farmácia municipal;
- b) Informação ao profissional sobre a inviabilidade na aquisição de medicamentos que não estão vigentes na RENAME do SUS;
- c) necessidade, por parte do município, de ação judicial para aquisição individual de fraldas, pois o município não possui previsão legal para compra administrativa.

Nessa reunião foi apresentado um relatório da ficha de empenho (analítico) sobre as ações judiciais em saúde, referente ao ano de 2013, entre janeiro e abril, cujos gastos foram de R\$ 184.091,71 com ações judiciais, com previsão anual de R\$ 201.000,00.

4.2.3.4 Os essenciais à justiça

Os profissionais que desempenham função essencial no Judiciário, defensoria e promotoria demonstraram preocupação com a ação judicial em saúde, tendo em vista a recepção de usuários necessitando de atendimento urgente. A defensoria pública recebe maior número de demandas de saúde do que a promotoria, já que esta atende o menor, o incapaz e o idoso.

No posicionamento adotado, esses atores estão dispostos a defender o direito à saúde, direito constitucional essencial, ao usuário mediante procedimento administrativo, como comunicação oficial à gestão municipal, e/ou ação judicial liminar para o respectivo atendimento quando ocorrer negativa, falta, ausência ou urgência. No entanto, demonstraram ter contato, quando preciso, com o Executivo municipal.

Esse contato ocorre, por vezes, a partir de um procedimento administrativo. Este foi importante para a solução de situações em que os usuários não foram atendidos e possuíam demandas não urgentes nas instituições jurídicas que antecederam a judicialização.

Porém, não é toda e qualquer solicitação do usuário que é atendida, tanto a defensoria pública quanto a promotoria verificam critérios essenciais para atendimento, como: dados gerais do atendimento, receita do SUS, solicitação

prévia do usuário à gestão municipal negada ou não respondida, idade, renda familiar, entre outros.

4.2.3.5 Discussão sobre a observação participante e direta

Os usuários, inicialmente não reconhecem o direito à saúde como um direito individual instituído. Os mesmos têm dificuldade em lidar com a situação quando abordados, tendo em vista a perda do benefício. Leite e Mafra (2010) em estudo realizado no município de Itajaí (SC) identificaram dificuldade em conversar com os sujeitos da pesquisa e obter informações ocasionadas pela: insegurança, dificuldade financeira e gravidade do problema de saúde (LEITE; MAFRA, 2010).

No entanto, um usuário ao identificar a necessidade de atendimento precisa comparecer à unidade de saúde. Nesta, surge a demanda para atendimento prescrito por profissional médico. A inviabilidade do atendimento no setor público provoca o início do fluxo de atendimento pela via judicial.

O fluxo de atendimento pela via judicial demonstra-se longo e o usuário em necessidade de atendimento aguarda o desfecho positivo para que seja atendido de acordo com a necessidade de cobertura prescrita pelo profissional de saúde.

O setor público planeja os recursos financeiros tratando-os como finitos para o setor. Os procedimentos já previstos no sistema devem ser equacionados aos custos crescentes na saúde relacionados à ampliação do cuidado, envelhecimento populacional, atividade econômica e a incorporação de novas tecnologias. Marques, Melo e Santos (2011) retratam o cenário complexo das ações judiciais em saúde.

O município propõe-se a adequar as demandas aos protocolos clínicos vigentes mediante análise técnica da farmacêutica municipal sobre os medicamentos solicitados em ações judiciais. Essa análise técnica é a adequação a protocolos clínicos.

Nesse contexto, o Ministro Joaquim Barbosa (2013) discorreu sobre a garantia ilimitada de serviços no setor público e do direito à saúde. Para o autor, a realidade deve ponderar a necessidade dos usuários entre o financiamento do setor e do direito à saúde. É um modelo baseado em evidência custo-efetiva, em que o Estado, profissionais de saúde e entidades representativas dos usuários

tendem a instalar critérios transparentes nos protocolos e consensos terapêuticos aos custos que a sociedade pode suportar. Contudo, normas, mecanismos e instrumentos operacionais precisam ser estabelecidos a fim de proteger a coletividade com integralidade assistencial que proporcione menos risco, melhor resultado e custo compatível (BARBOSA, 2013).

No setor saúde as ações são planejadas por instrumentos de planejamento e estes são associados ao financiamento do setor. Esses instrumentos possuem previsão legal. Na esfera municipal é realizado o Plano Plurianual de Ação Governamental, Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. No SUS é feito o Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Assim, considera-se o fato de planejar fundamental na realização de ações, não improvisadas, desenvolvidas na capacidade de pensar antes de agir conectada à proximidade do trabalho com a vida humana (GIOVANELLA, 1991). Planejar envolve conhecer previamente esse universo atual de ações judiciais, ou seja, realizar um diagnóstico para conhecer a realidade e tentar antecipar a possibilidade de ações futuras. Para isso, é preciso ser sensível à demanda cidadã. Para ser sensível, é preciso ouvir, conhecer e entender a realidade, para planejar as políticas de saúde a serem suportadas por todos.

Segundo Vieira e Zucchi (2009), para que o poder público sustente o argumento de que o direito à saúde possa somente ser garantido mediante políticas públicas de saúde, é preciso uma forte evidência disponível de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade, desde que a sociedade possa arcar com os custos, selecionar os recursos terapêuticos e possibilitar cobertura qualitativa completa para o tratamento das doenças (VIEIRA; ZUCCHI, 2009).

Por essa reflexão, cabe à gestão do SUS, em conformidade com o pensamento de Matus (1993), planejar precedendo e presidindo uma ação. Na saúde pode-se aplicar a um modelo para conduzir ao futuro, com dinamismo e movimentação social, que possua capacidade de alterar determinada realidade com o empoderamento da direção, gerência, administração e o controle do sistema social. No entanto, na solução situacional dos problemas de saúde, complexos e não estruturados, é essencial discutir os interesses envolvidos e exigir um posicionamento dos atores, como se pode verificar a seguir:

[...] planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, esta se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto. [...] o essencial do governo é a ação e o essencial do planejamento é o cálculo que a precede e preside, então planeja quem governa, porque o governante faz o cálculo de última instância, e governa quem planeja, porque governar é conduzir com uma direcionalidade que supera o imediatismo de mera conjuntura (MATUS, 1993, p. 13-32).

Em termos organizacionais do SUS, é preciso rediscutir a organização das atribuições e competências nas ações e serviços públicos de saúde para que fique claro para todos: Judiciário, município e usuário. Isso também é importante para que os demais entes federados sejam responsabilizados pela assistência à saúde dos usuários e as ações judiciais não tenham impacto substancial no município, já que os atores essenciais à justiça encontram-se dispostos a defender o direito à saúde dos usuários do SUS.

Sobre a organização do SUS, o Decreto nº 7.508/2011 intenta sobre a elaboração do COAP. Esse contrato estabelece em lei um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

O envolvimento dos usuários no processo de organização, funcionamento e planejamento do SUS torna-se essencial. Aos usuários é importante a participação na formulação de estratégias na execução das políticas de saúde e seu controle a partir do controle social, órgão permanente e deliberativo do âmbito municipal instituído desde a Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 2011a). Esse órgão enaltece a força do usuário no controle e na execução da política, assim como proporciona fundamental discussão sobre os serviços necessários a serem prestados pelo SUS junto ao poder público municipal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária”.

Karl Marx.

A judicialização do direito à saúde e à vida envolveu os aspectos político, técnico, econômico e social. É uma movimentação sanitária provocada pelo reconhecimento do direito, da responsabilização da gestão pública e também das políticas públicas. Ela ocorreu como um desdobramento final dos problemas institucionalizados no setor, como o financiamento, as políticas de saúde e os serviços públicos. Enfim, a partir da ineficiência do poder público, os usuários abandonam a fila de espera do SUS, tendo em vista o tempo de espera, e buscam amparo no Judiciário.

Os insumos de saúde judicializados envolveram medicamentos, internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, entre outros, pois se encontravam, em grande parte, ausentes nas políticas de saúde. As políticas precisam ser eficientes ao incorporar novas ações assistenciais como medicamentos, fraldas, procedimentos clínicos e internações. No entanto, quando disponíveis na rede de serviços de saúde, precisam atender em momento oportuno o usuário. A indisponibilidade ou a ausência técnica provoca maior teor de reivindicação judicial no SUS. Além disso, os insumos precisam ser mais bem divulgados em listagens oficiais para que se evite a prescrição de ações e serviços indisponíveis, quando houver alternativa de ações substitutas, e, conseqüentemente, a reivindicação judicial.

A política de saúde e o financiamento precisam ser eficientes ao atendimento das necessidades de saúde e compartilhados adequadamente entre os entes federados. A ausência de recursos disponíveis inviabiliza as ações e serviços públicos de saúde. A inviabilidade do setor em proporcionar atendimento ao usuário desdobra-se em ações judiciais individuais. Nesse ponto, a judicialização não deveria ser o caminho adotado por alguns para acesso às ações e a serviços de saúde, pois o fluxo assistencial pela via judicial não ocorre em curto espaço de tempo. Os casos ocorreram pela descontinuidade na

integralidade do cuidado quando o usuário foi encaminhado pelo profissional de saúde.

As ações judiciais individuais preocuparam os envolvidos no processo de decisão, tanto da saúde quanto do Judiciário, pois usuários não estão sendo atendidos e a judicialização tem se tornado uma saída para a desassistência e uma garantia do direito à saúde.

Os usuários demonstraram que o exercício do direito à saúde na judicialização esteve associado à indisponibilidade dos serviços no SUS, o tempo de espera para atendimento e a carência de recursos financeiros próprios para buscar atendimento no setor privado. Esse comportamento coloca o Judiciário como alternativa via de acesso às ações de direito pelo SUS. Os atores do Executivo municipal argumentaram a indisponibilidade em prover atendimento à demanda judicial, seja por restrição financeira ou estrutural do SUS. O financiamento e a rede de atenção à saúde precisam estar adequados aos princípios do SUS para atender o usuário em momento certo e com o serviço adequado, a fim de se evitar a judicialização. Os atores das instituições jurídicas reconhecem as políticas de saúde e o poder público como ineficientes diante das necessidades dos cidadãos. Frente a isso, veem a judicialização como uma alternativa final que o usuário tem de buscar atendimento de saúde pelo SUS. Entretanto, existe uma lacuna entre o atendimento e o encaminhamento do usuário na rede de atenção à saúde.

Assim, as ações e os serviços públicos do SUS precisam ser tecnicamente eficientes ao abranger o propósito da Carta Constitucional nas políticas públicas, para que a judicialização não se torne um novo componente da rede de atenção à saúde. O SUS, por meio do poder público, precisa ser fortalecido no aspecto técnico e econômico nas três esferas de gestão e não coberto, alternativamente, por uma ação judicial.

As ações judiciais no poder público municipal envolveram um elenco de demandas não disponíveis no município e o mesmo apresenta limitações financeiras e administrativas para atendimento em tempo hábil. Alguns fatores podem ser citados, como a ausência e a indisponibilidade por incapacidade operacional. A ausência ocorreu quando o insumo solicitado não esteve presente nas listas oficiais do SUS. A indisponibilidade foi acusada quando o insumo solicitado esteve presente nas listas oficiais, porém indisponível no momento para

atendimento por incapacidade operacional (ex: falta de medicamento, falta de leitos disponíveis).

Aos envolvidos na saúde é aconselhável o diálogo que extrapole o âmbito municipal e caminhe em direção às demais esferas. Esse processo precisa ser acompanhado pelo controle social. É preciso o descobrimento de um conjunto de ideias multicêntricas que estabeleçam um rol de políticas de saúde efetivas para a sociedade, envolvendo os entes da federação (gestores de saúde), o controle social e o Judiciário.

É preciso enaltecer a discussão extramuro sobre o direito à saúde e sobre a judicialização com perspectiva de responsabilização de todos os atores. Algumas sugestões estão descritas a seguir:

- a) Acolher o usuário em qualquer momento da atenção e criar canais de ouvidoria no município;
- b) pensar sempre em direitos e em sujeitos propriamente investidos;
- c) elaborar e participar de fóruns de discussão municipal/ regional/ estadual/ nacional sobre a integralidade da atenção, rediscutindo o acesso e o financiamento do setor;
- d) realizar oficinas de trabalho com profissionais e usuários de saúde para elaborar produtos a serem considerados no acesso às ações e aos serviços públicos do SUS, disponíveis ou não;
- e) informar ao controle social as perspectivas da judicialização do SUS no município periodicamente, com a intenção de buscar alternativas a fim de evitar-se a condução de novos processos judiciais;
- f) discutir, em âmbito regional, a rede de atenção à saúde, com vistas a promover a integralidade da assistência;
- g) fomentar a especialização das varas julgadoras nos tribunais de justiça;
- h) tornar as políticas de saúde sensíveis às demandas da sociedade, mas ponderadas no custo-efetividade das ações;
- i) fortalecer os instrumentos de planejamento e gestão do SUS;
- j) construir um COAP da saúde adequado para organizar os interesses comuns, redistribuir competências, atender às necessidades e financiar mais significativamente o setor.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **Intervenção judicial na saúde pública.** Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Panorama.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

ASENSI, F.D. **Indo além da judicialização:** o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010a. Disponível em: <http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%C3%A9m%20da%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%BAblico%20e%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 out. 2013.

ASENSI, F.D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2013.

ASENSI, F.D.; PINHEIRO, R. A prática do direito e o direito na prática: reflexões sobre a saúde. *In*: XVII ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONPEDI, 2008, Salvador. **Anais...**, 2008.

BARBOSA, J. **Presidente do STF abre seminário sobre direito à saúde.** Supremo Tribunal Federal. Jun., 2013. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=240114>. Acesso em: 03 dez. 2013.

BARCELOS, P.C. **Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo:** um estudo exploratório. Patrícia Campanha Barcelos. Dissertação (Mestrado profissional), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2010.

BARROSO, L.R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva:** direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. Rio de Janeiro: [s.n.] jan. 2008. Trabalho desenvolvido por solicitação da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2013.

BIGOLIN, G. A reserva do possível como limite à eficácia e efetividade dos direitos sociais. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/giovani_bigolin.htm>. Acesso em: 03 nov. 2013.

BORGES, D.C.L.; UGA, M.A.D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.

BORGES, D.C.L. **Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Rio de Janeiro no ano de 2005**. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, ago, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, de 29 jun. 2011, seção I, p. 1. Brasília, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 01 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Intervenção judicial na saúde pública. **Panorama no âmbito da justiça federal e apontamentos na seara das justiças estaduais**. Advocacia Geral da União. Consultoria Jurídica. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Panorama%20da%20judicializa%C3%A7%C3%A3o2013.pdf>. Acesso em: 13 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: **Diário Oficial da União**, de 23 fev. 2006, seção I, p. 43. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Direito Sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 50-51, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 39 de 09 de dezembro de 2010. Conselho Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União**, 16 dez. 2010, seção I, p. 105. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/resolucao_cnas_39.pdf. Acesso em: 13 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qamg.def>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2012b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qimg.def>. Acesso em: 20/10/2013.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 16 jun. 2012.

CAMARGO JR., K.R. SUS: análises, reflexões e contribuições. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2013.

CAMPOMAR, M.C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991. Disponível em: <http://www.pessoal.utfpr.edu.br/luizpeplow/disciplinas/metodologia/O%20uso%20de%20estudos%20de%20caso.pdf>. Acesso em: 18 set. 2012.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude Soc**, São Paulo, v. 15, n. 2, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2013.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. nov. 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2013.

CAMPOS NETO, O.H. *et al.*, Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2013.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.C.B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun., p. 421-429, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2013.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.C.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020. Acesso em: 27 set. 2013.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ recomenda especialização de varas de fazenda pública para tratar de questões de saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2013. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/25761:cnj-recomenda-aos-tribunais-a-criacao-de-varas-para-saude>. Acesso em: 10 ago. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação nº 31 de 10 de março de 2010**. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>. Acesso em: 10 mar. 2014.

DALLARI, S.G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 3 p. 9-34, nov. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 05 ago. 2012.

DALLARI, S.G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2012.

DALLARI, S.G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, ago., 1988a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2012.

DELDUQUE, M.C.; BARDAL, P.A.P. Advocacia em saúde: prática cidadã para a garantia do direito à saúde - o caso do Projeto de Lei Complementar nº. 01/2003. **Rev Direito Sanit**, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2012.

DELDUQUE, M.C.; MARQUES, S.B. A judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. **Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 4, p. 97-106, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1060/968>. Acesso em: 22 out. 2012.

DELDUQUE, M.C.; MARQUES, S.B.; ROMERO, L.C. A saúde precisa de juízes epidemiologistas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 80-87, jan./abr. 2009. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31749_4099.pdf. Acesso em: 22 out. 2012.

FERREIRA, M.C. **Direito à proteção da saúde pela via judicial**: em busca de efetividade e equidade. Universidade de Brasília. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/article/viewFile/380/517>>. Acesso em: 03 set. 2012.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad Saúde Pública** [online], v. 7, n. 1, pp. 26-44, 1991.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2013.

GONTIJO, G.D. A judicialização do direito à saúde. **Revista Medica de Minas Gerais**. v. 20, n. 4, 2010. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/323/309>. Acesso em: 10 out. 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 1991**. 1991. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: resultados do universo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

KOLLING, G.; MASSAÚ, G.C. A concretização do direito à saúde na perspectiva republicana. **Rev Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 2 p. 11-36 jul./out. 2011.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Técnicas de pesquisa. In: LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo (SP): Atlas; p.195-200, 1991.

LEITE, S.N.; MAFRA, A.C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700078&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2013.

LOPES, L.C. *et al.* Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2013.

MACEDO, E. I. **A importância da análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial**. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba, Sorocaba/SP, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/premiados/trabalho_completo_eloisa_israel_macedo.pdf. Acesso em: 10/07/2013.

MACHADO, F.R.S. **A judicialização da saúde no Brasil**: cidadanias e assimetrias. Tese (doutorado), Universidade do estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://redenep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/tese___a_judicializacao_da_saude_no_brasil___cidadanias_e_assimetrias.pdf. Acesso em: 12 dez. 2012.

MACHADO, M.A.A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2012.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M.A.S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, 2010. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf. Acesso em: 06 mai. 2012.

MARÇAL, K.K.S. **A judicialização da assistência farmacêutica**: o caso Pernambuco em 2009 e 2010. Dissertação (mestrado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MARQUES, O.R.A.; MELO, M.B.; SANTOS, A.P.S. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Rev Direito Sanit**, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2012.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. A garantia do direito à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 101-107, 2007. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Garantia_do_direito_social_a_assistencia_farmaceutica_no_Estado_de_Sao_Paulo.pdf Acesso em: 03 ago. 2012.

MARQUES, S.B. Judicialização do direito à saúde. **Rev Direito Sanit**, São Paulo, v. 9, n. 2, out. 2008.

MARQUES, S.B. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o Projeto de Lei nº. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Rev Direito Sanit**, São Paulo, v. 10, n. 2, out. 2009. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792009000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2012.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília-DF: IPEA, p. 13-32, 1993.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2012.

MESSEDER, A.M.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 set. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Belo Horizonte, 2004. 80 p.

NORONHA, J.C.; LIMA, D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde: SUS**. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 435-472, 2009.

NUNES, L.G. Judicialização da saúde no Brasil: tentativas de reduzir (conter) o fenômeno. **Revista do CAAP**, Belo Horizonte, n. 2, jul-dez, 2009.

PENALVA, J. *et al.* **Judicialização do direito à saúde: o caso do Distrito Federal**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2010/2011. Disponível em: http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/sites/default/files/livro_judicializacao_do_direito_a_saude_-_saida.pdf. Acesso em: 05 mai. 2012.

PETEAN, E. *et al.* Direito à saúde: demanda por suplementos no Tribunal de Justiça. **Rev Eletr Enf** [Internet]. v. 14, n. 1, p. 68-76, jan/mar. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a08.htm>. Acesso em: 13 out. 2013.

ROQUETE, F.L.V. **Entre dilemas judiciais e escolhas de políticas**: o caso da política pública de assistência farmacêutica. 2010. 124 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciência Política), Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7537/1/2010_FelipeLeitaoValadaresRoquete.pdf. Acesso em: 20 ago. 2012.

SANTOS, A.C.; VARGAS, M.A.O.; SCHNEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 94-97, 2010. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/47/46>. Acesso em: 12 jul. 2012.

SCHEFFER, M. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da AIDS no Sistema Único de Saúde. *In*: KEINERT, T.M.M.; PAULA, S.H.; BONFIM, J.R.A. (org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.

SILVA, R.C.C. Evolução das ações judiciais na microrregião de saúde e Betim-MG, de 2000 a 2008. *In*: AITH, F. *et al.* (org.). **Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, cap. XVII, p. 389-400, 2010.

TEIXEIRA, M.F.; PATRICIO, R.G. O fenômeno da "fila dupla" ou "segunda porta" no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. **Rev Direito Sanit**, São Paulo, v. 11, n. 3, fev. 2011. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2012.

TEIXEIRA, S.M.F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev Adm Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2013.

UGA, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2013.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev Soc Cardiol do estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf Acesso em: 10 out. 2012.

VENTURA, M.M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2013.

VIEIRA, F.S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2012.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2013.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 55, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2013.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. tradução de Ana Thorell; revisão técnica de Cláudio Damacena, 4. ed., Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZHOURI, F.P. *et al.* Direito à saúde e o perfil das decisões judiciais mineiras. *In*: AITH, F. *et al.* (org.). **Direito sanitário**: saúde e direito, um diálogo possível. Belo Horizonte: ESP-MG, cap. XII, p. 291-321, 2010.

Modalidade de atendimento solicitado:

Ambulatorial Hospitalar Medicamento Órtese e/ou Prótese

Outro. Qual? _____

Nível de Complexidade: Primária Secundária Terciária Outro

Medicamento: Básico Estratégico Especializado

O insumo pleiteado estava disponível, no ano de 2012, no rol de procedimentos, terapias e insumos pelo SUS: Sim Não

Prescrição realizada por profissional do SUS:

Sim Não Não Informado

Falecimento da parte autora no curso do processo: Sim Não

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS DOS USUÁRIOS**ROTEIRO PARA ENTREVISTA:
USUÁRIO**

Parte I – Identificação

Número de Controle: _____

Data: ____/____/____

Parte II – Temática

1. Por que o(a) senhor(a) teve que ir até o Judiciário (defensoria/ promotoria/ advogado) para conseguir atendimento no SUS?
2. Em que momento o(a) senhor(a) sentiu necessidade de procurar ajuda no Judiciário (defensoria/promotoria/advogado)?
3. Como o(a) senhor(a) ficou sabendo que o Poder Judiciário (defensoria/ promotoria/ advogado) poderia atender à sua necessidade?
4. Como é, em sua opinião, ser atendido pelo SUS por meio de um mandado judicial?
5. No seu entendimento, qual foi a importância do Judiciário para garantir o seu direito à saúde nos serviços prestados pelo SUS?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS ATORES DO EXECUTIVO MUNICIPAL/DAS INSTITUIÇÕES JURÍDICAS

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA:
ATORES DO EXECUTIVO MUNICIPAL / INSTITUIÇÕES JURÍDICAS**

Parte I – Identificação

Número de controle: _____

Nome Completo: _____

Área de Atuação: () Gestor(a) () Defensor(a) () Promotor(a)
() Procurador(a) () Juiz(a)

Data: ____/____/____

Parte II – Temática

1. Qual a sua opinião sobre a judicialização do SUS?
2. Qual relação você faz entre a judicialização e as políticas de saúde?
3. Em sua opinião, quais os motivos que levam as pessoas a procurarem o Poder Judiciário para garantir assistência à saúde no SUS?
4. Relate sua opinião sobre a atuação do Poder Judiciário na assistência à saúde do SUS.
5. Em relação à sua área de atuação, você percebe ou encontra dificuldades com as ações judiciais do SUS? Explique.
6. Como você acha que a judicialização do SUS irá se comportar a médio e longo prazo no município?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Renan Guimarães de Oliveira

ENDEREÇO: Rua Mal. Humberto Castelo Branco, 1128 - Alto da Ventania - CEP:
36700-000 - FONE: (32) 8847-3412 - e-mail: renangos@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Judicialização do direito à saúde pública no município de Leopoldina: um estudo de caso”, realizado pelo mestrando Renan Guimarães de Oliveira, sob a orientação e responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Auta Iselina Stephan Souza. Esta pesquisa representa uma das etapas da tese de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora. O objetivo desta pesquisa é compreender a judicialização do direito à saúde pública no município de Leopoldina-MG. Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais em que o(a) Sr.(^a) foi identificado como um potencial sujeito a contribuir com o estudo. O(a) Sr.(^a) contribuirá fornecendo informações a partir da entrevista conduzida pelo próprio pesquisador.

Para participar desta pesquisa, o(a) Sr.(^a) não terá qualquer custo nem receberá qualquer vantagem financeira. O(a) Sr.(^a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, assim como poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelos pesquisadores. As entrevistas serão arquivadas por

cinco anos aos cuidados dos pesquisadores, contados a partir do término da pesquisa. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 196/1996; 466/2012 e demais legislações correlatas do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos, bem como contribuir com o processo de trabalho e melhoria dos serviços prestados pelo SUS.

Os resultados da pesquisa estarão à disposição do(a) Sr.^(a) quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O(a) Sr.^(a) não será identificado(a) em alguma publicação que possa resultar desta pesquisa. Nesta pesquisa não está previsto algum tipo de experimento, procedimento clínico ou intervenção junto ao corpo em obediência à legislação brasileira sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Cabe esclarecer que toda pesquisa representa risco mínimo, ou seja, não haverá qualquer tipo de experimento, procedimento clínico ou intervenção junto ao corpo, sendo somente realizadas entrevistas com o objetivo de identificar informações relacionadas ao objetivo da pesquisa com preservação da identidade do sujeito entrevistado. Contudo, o Sr.^(a) tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, direito este assegurado pelos pesquisadores responsáveis.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelos pesquisadores responsáveis da UFJF e a outra será fornecida ao(à) Sr.^(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Judicialização do direito à saúde pública no município de Leopoldina: um estudo de caso”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar do estudo se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo e autorizo a usar o meu relato para pesquisa científica. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 2013.

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas a respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF

Campus Universitário – Pró-Reitoria de Pesquisa

Telefone: (32) 2102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**ANEXO A - MATRIZ PARA CATEGORIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS**

Entrevista	
Número de Controle das Entrevistas:	
Registros	Conteúdo Central
Trechos das Entrevistas	Categoria
Trechos das Entrevistas	Categoria
Interpretação dos trechos (análise)	

**ANEXO B - LISTA DE INSUMOS PLEITEADOS NAS AÇÕES JUDICIAIS NO
MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA**

Insumo(s) pleiteado(s) nas ações judiciais	Qtd.	Insumo(s) pleiteado(s) nas ações judiciais	Qtd.
Cymbalta 30 mg	1	Vitrectomia posterior (040503017-7)	1
Fralda geriátrica	11	Ácido Gama – aminobutírico	1
Artrolive	1	Micro Cirurgia de Laringe	1
Filtro Solar Sundown FPS 50	1	Cirurgia ortopédica de dedo mínimo da mão direita	1
Protetor solar FPS 60	1	Glucosamina	1
Glutamina 1 kg	1	Cirurgia geral para retirada de cálculo na vesícula	1
Alois 10 mg	2	Concerta 36 mg	1
Ressonância magnética	1	03 Injeções Intravítrea de Lucentis (Ranibizumabe) 10 mg/mL	1
Protopic	1	Aplicação intravítrea de antiVEGF (Lucentis) de 03 ampolas de Ranibizumabe (10 mg/mL) 0,1 mL no olho esquerdo	1
Venvanse 70 mg	1	Cirurgia - colelitíase	1
Laqueadura tubária	1	Fralda descartável	3
Sustrate 10 mg	1	Cirurgia de hérnia inguinal	1
Levodopa 25 mg	1	Eletroencefalograma	1
Três injeções de Avastin no olho direito	1	Cirurgia ortopédica ("avaliação, acompanhamento de um ortopedista para realização de cirurgia e tratamento neste nosocômio ou transferência para outro hospital onde seja possível)	1
Refil de insulina 3 mL	1	Colonoscopia	1
Fralda infantil	1	Oxigenoterapia domiciliar	1
Tratamento ortopédico – cirurgia	1	Cirurgia geral	1
Biópsia	1	Lyrice 50 mg	1
Pantoprazol 20 mg	1	Fralda	2
Lyrice 75 mg	1	Viticromi	1
Neuroleptil 1%	1	Pentoxifilina 400 mg	1
Transferência hospitalar – UTI móvel	1	Carbidopa 250 mg	1
Ultrassonografia abdominal	1	Galvus (Vilda Gliptina) 50 mg	1
Neurocirurgia	1	Clopidogril 75 mg	1
Depakote 500 mg ER	1	Pamelor 10 mg	1
Tratamento antiangiogenico intravítreo no olho esquerdo	1	Rivotril (gotas)	1
Cirurgia de descolamento de retina	1	Biópsia de fígado	1
Isonil, Nansoy ou Aftanisoy	1	Plavix 75 mg	1

Venvanse 30 mg	1	04 tubos de Lidocaína gel	172
Curativos com bota de ulna	1	Minilax	1
Oxigenoterapia domiciliar noturna	1	Bupropiona	1
Artroplastia total de quadril	1	Cirurgia para correção de entrópio palpebral no olho direito	1
Lipless 100 mg	1	Lisina	1
Vitamina e 400 mg	1	Cebrelin 20 mg	1
Neuleptil 1%	1	Transferência (hospitalar para unidade de referência)	1
Tratamento em câmara hiperbárica – oxigenoterapia hiperbárica	1	Hissan 10 mg	1
05 sondas uretral Nº12	1	Propionato de Clabetazol	1
Pentoxifilina 400 mg	1	Agulha ultrafina 4 mm	1
Leite de soja em pó	1	Sertralina 50 mg	1
Transferência hospitalar ao Centro de Referência em Neurocirurgia	2	Cardizem 60 mg	1
Trileptal	1	Tiamina	1
Nan 1 ou Nestogeno 1 ou Aptamil 1	1	Aspirina Prevent 100 mg	1
Sertralina	1	Nutrical D	1
Oxigenoterapia domiciliar em óculos nasal	1	Tiras para teste de glicemia da marca <i>Accu Check</i>	1
Adaptação de prótese ocular	1	Carbamazepina 200 mg	1
Eletroneuromiografia	1	Piridoxina	1
Nan Pro ou Nestogeno ou Bebelac ou Aptamil	1	Adera D3 gotas	1
Consulta especializada	1	Clonazepan 2 mg	1
Nefrectomia total	1	Calcio	1
Alenthus 75 mg	1		
TOTAL			114

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE LEOPOLDINA: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: Renan Guimarães de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11056912.8.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 202.754

Data da Relatoria: 21/02/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico e o objeto de estudo está delineado. A revisão da literatura está atualizada e é pertinente ao objeto de estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta metodológica apresentada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É uma pesquisa de risco mínimo e estão citados os riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema foi bem apresentado e subsidiado por referenciais pertinentes e atualizados. Metodologia é adequada ao objeto do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo está bem escrito, com linguagem clara e possui todas as informações necessárias aos sujeitos da pesquisa. Informa que se preservará o anonimato e o sigilo das informações. A pesquisa é de risco mínimo e declara que o sujeito será ressarcido pelo pesquisador, caso se sinta prejudicado em participar da mesma.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as pendências anteriormente solicitadas. Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 22 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@uff.edu.br