UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANNA MARIA MEYER MACIEL RODRÍGUEZ

O processo da judicialização da saúde como via de
acesso à atenção integral: o retrato de um município de
grande porte do estado de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO

2014

ANNA MARIA MEYER MACIEL RODRÍGUEZ

O processo da judicialização da saúde como via de
acesso à atenção integral: o retrato de um município de
grande porte do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências, Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas
de Saúde

Orientador: Silvana Martins Mishima

RIBEIRÃO PRETO

2014

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

Rodríguez, Anna Maria Meyer Maciel

O processo da judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral: o retrato de um município de grande porte do estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

152 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Silvana Martins Mishima

1. Direito à saúde. 2. Sistema de saúde. 3. Sistema Único de Saúde.
4. Assistência integral à saúde. 5. Advocacia em saúde

RODRÍGUEZ, Anna Maria Meyer Maciel

O processo da judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral: o retrato de um município de grande porte do estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Agradecimentos especiais:

Ao meu esposo Víctor, por me incentivar e me fazer acreditar de que eu era capaz de cursar Pós-graduação em uma das instituições mais renomadas do país, por me apoiar incondicionalmente nas minhas escolhas e dentre tantas outras coisas, por dividir sua vida comigo e ser a minha família. Você é o meu porto seguro.

À professora Silvana, por ter me acolhido como orientanda mesmo sem me conhecer, por me iniciar na área acadêmica, por compartilhar todo o seu conhecimento por meio de orientações, sugestões e correções que tem me mostrado o caminho a percorrer... enfim, pelo seu compromisso e dedicação na formação discente. Você é o meu referencial na enfermagem.

Agradecimentos:

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por me admitir como discente no Curso de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública;

À Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por financiar esta pesquisa, por meio da cota de demanda social;

Ao Professor Dr. Sebastião Sérgio da Silveira, por abrir as portas do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP e permitir a realização desta pesquisa;

À Helena e ao Marcos, por me acolherem em seu espaço de trabalho durante a fase de coleta de dados;

Aos professores Carla Arena Ventura e José Sebastião dos Santos, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação que ampliaram a minha visão sobre a Judicialização da Saúde;

Aos sujeitos entrevistados, por exporem suas opiniões sobre esse fenômeno que enriqueceram a discussão junto ao referencial teórico desta pesquisa;

À professora Débora Faleiros de Mello, por me aceitar como estagiária PAE em sua disciplina e compartilhar sua imensa bagagem profissional na Atenção Primária à Saúde da Criança;

Às professoras Cinira Magali Fortuna, Silvia Matumoto e Zezé Bistafa, por serem exemplos de enfermeiras na Saúde Coletiva;

Aos professores Aline, Pedro e Tite, por confiarem a mim e à Mari, o planejamento, organização, viabilização e discussão da Política Nacional de Atenção Básica junto aos alunos da graduação da Escola;

À bibliotecária Cristina, pela infinita paciência na orientação e correção das referências bibliográficas;

À Shirley, por receber os alunos na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, sempre com um sorriso no rosto;

Às amigas Alê, Carol, Fran, Jael, Ju, Mari e Pati, por compartilharem seus conhecimentos, experiências e sentimentos comigo;

E a tantos outros, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho e para o meu crescimento pessoal e profissional, mas que memória não permite recordar...

Resumo

RODRIGUEZ, A. M. M. M. O processo da judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral: o retrato de um município de grande porte do estado de São Paulo. 2014. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A Judicialização da Saúde é um fenômeno atual e relevante tanto no contexto das políticas públicas quanto no da garantia constitucional do direito à saúde. Considerando sua importância no cenário nacional, o objetivo deste trabalho, de abordagem quanti-qualitativa, foi analisar os elementos do processo de decisão e os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais dos cidadãos residentes em Ribeirão Preto, SP, solicitados à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público do município. Na primeira etapa da pesquisa foi realizada análise documental, tendo como fonte primária, dados secundários dos procedimentos, coletados diretamente na Promotoria. As variáveis coletadas foram: sexo, data de nascimento, procedência e agravo dos usuários; demanda; serviço de saúde que solicitou as demandas; providências tomadas pela Promotoria e as ferramentas utilizadas na análise dos pleitos. Os dados foram analisados considerando o cálculo da frequência simples das variáveis. Na segunda etapa da pesquisa foram produzidos dados primários por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, a partir de uma amostra intencional, com sujeitos envolvidos no processo. Os dados foram analisados utilizando alguns elementos da análise de conteúdo na vertente temática e norteados por temas previamente definidos. Os desfechos da etapa quantitativa revelaram que: do total de 674 itens solicitados, os mais pleiteados foram fraldas e medicamentos com 33,4% e 29,6% das solicitações e que 59,3% das demandas foram efetuadas por mulheres. Mais da metade das solicitações - 58,7% - foi realizada por idosos e 22,7% apresentaram distúrbios do sono; 45,6% dos usuários receberam atenção no setor público de saúde, sendo que deste universo, 47,3% das solicitações tornaram-se ações civis públicas e 22% foram arquivadas. Os instrumentos utilizados na análise das demandas são: ordenamento jurídico, evidências científicas, histórico do usuário, visitas domiciliares, princípio da racionalização dos recursos no setor e a CASE. Com relação à fala dos entrevistados, estes destacaram sua compreensão sobre processo saúde-doença; ressaltaram a responsabilidade individual, da sociedade e do Estado nos processos relacionados à saúde e ao adoecimento; evocaram ao conceito de cidadania e às circunstâncias que promovem o bem-estar; apontaram a relevância da intervenção do Judiciário para garantir o acesso negado pelo Executivo e compartilharam rotinas de trabalho, reconhecendo a relevância da qualificação das demandas, por parte da CASE, tanto para a gestão, na medida em que se busca a racionalização dos recursos públicos, quanto para o usuário, ao se garantir acesso ao pleito. Foi evidenciado ainda, que caminhos não judiciais estão presentes para se efetivar o acesso à saúde: a via administrativa que acolhe demandas de alguns produtos de saúde, a busca por entidades de assistência social e pela própria família. Concluímos que, na perspectiva da integralidade, a Judicialização é uma via que pode retratar necessidades em saúde não acolhidas pelo setor e garantir acesso a tecnologias materiais de saúde ainda não incorporadas pela área; por outro lado, pode também auxiliar a Gestão Pública de Saúde na reorganização do acesso às ações e serviços do sistema de saúde, permitindo ajustes que contemplem as necessidades à luz da garantia constitucional.

Descritores: Direito à saúde. Sistema de saúde. Sistema Único de Saúde. Assistência integral à saúde. Advocacia em saúde.

Abstract

RODRIGUEZ, A. M. M. M. The judicialization process of health as an access route to comprehensive health care: the picture of a large city in the state of SP. 2014. 152 p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

The judicialization of health is a current and relevant phenomenon in the context of public policies as well as in the constitutional guarantee of the right to health. In view of its importance in the Brazilian sphere, the objective in this quantitative-qualitative study was to analyze the elements of the decision process and the administrative procedures to verify the infringement of individual citizens' rights in Ribeirão Preto, SP, claimed to the Public Health Management Office at the Department of Civil Justice in the city's Public Prosecutor's Office. In the first phase of the research, documentary analysis was used, consulting secondary data about the procedures, directly collected from the Department, as the primary source. The following variables were collected: sex, date of birth, users' city of origin and problem; claim; health service that requested the demands; measures taken by the Department and tools used in the analysis of the claims. The data were analyzed considering the simple frequencies of the variables. In the second research phase, primary data were produced through semistructured interviews, based on an intentional sample of subjects involved in the process. The data were analyzed using some elements of thematic content analysis and guided by previously defined themes. The outcomes of the quantitative phase revealed that: among the 674 claims, the most demanded items were diapers and medicines, with 33.4% and 29.6% of the claims, and 59.3% came from women. More than half of the claims – 58.7% - came from elderly persons and 22.7% suffered from sleep disorders; 45.6% of the users received care in the public health sector. In this universe, 47.3% of the claims turned into public civil cases and 22% were filed. The instruments used to analyze the claims are: legal planning, scientific evidence, user's history, home visits, rationalization principle of resources in the sector and the CASE. In their discourse, the interviewees highlighted their understanding of the health-disease process; emphasized individual, society's and the State's accountability in the processes related to health and disease; evoked the concept of citizenship and the circumstances that promote wellbeing; indicated the relevance of judicial intervention to guarantee the access denied by the Executive power and shared work routines, acknowledging the relevance of qualifying the claims, through the CASE, for the management, with a view to the rationalization of public resources, as well as for the users, by guaranteeing access to judgment. It was also evidenced that non-judicial routes are present to get access to health: the administrative route, which receives demands for some health products, the search for social service entities and the family itself. In conclusion, from a comprehensive care perspective, judicialization is a route that can: reveal health needs the sector does not welcome and guarantee access to material health resources the area has not incorporated yet. On the other hand, it can help the Public Health Management in the reorganization of the access to health system actions and services, permitting adjustments that address the needs in the light of constitutional guarantees.

Descriptors: Right to health. Health Systems. Unified Health System. Comprehensive Health Care. Health Advocacy.

Resumen

RODRIGUEZ, A. M. M. M. El proceso de la judicialización de la salud como vía de acceso a la atención integral: el retrato de un municipio de gran tamaño del estado de SP. 2014. 152 p. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La Judicialización de la Salud es un fenómeno actual y relevante, tanto en el contexto de las políticas públicas como en el de la garantía constitucional del derecho a la atención sanitaria. Considerando su importancia en el escenario nacional, la finalidad de este trabajo cuantitativo-cualitativo, fue analizar los elementos del proceso de decisión y los procedimientos administrativos para apurar la lesión de derechos individuales de los ciudadanos residentes en Ribeirão Preto, SP, solicitados a la Gestión Pública de Salud en la Fiscalía de Justicia Civil del Ministerio Público del municipio. En la primera etapa de la investigación, se aplicó el análisis documental, adoptando como fuente primaria datos secundarios de los procedimientos, recolectados directamente en la Fiscalía. Las variables recolectadas fueron: sexo, fecha de nacimiento, procedencia y agravio de los usuarios; demanda; servicio de salud que solicitó las demandas; medidas tomadas por la Fiscalía y las herramientas utilizadas en el análisis de los pleitos. Los datos fueron analizados considerando el cálculo de frecuencia simple de las variables. En la segunda etapa de la investigación, fueron producidos datos primarios mediante entrevistas semi-estructuradas, a partir de una muestra intencional, con sujetos involucrados en el proceso. Los datos fueron analizados utilizando algunos elementos del análisis temático de contenido y norteados por temas previamente definidos. Los hallazgos de la etapa cuantitativa revelaron que: del total de 674 ítem solicitados, los más pleiteados fueron pañales y medicamentos con 33,4% y 29,6% de las solicitudes y 59,3% de las demandas fueron hechas por mujeres. Más de la mitad de las solicitudes - 58,7% - fue producida por ancianos y 22,7% presentaron disturbios del sueño; 45,6% de los usuarios recibieron atención en el sector público de salud, siendo que, de este universo, 47,3% de las solicitudes se transformó en litigios civiles públicos y 22% fue archivado. Los instrumentos utilizados en el análisis de las demandas son: ordenamiento jurídico, evidencias científicas, histórico del usuario, visitas domiciliarias, principio de la racionalización de los recursos en el sector y la CASE. Con relación al discurso de los entrevistados, estos subrayaron su comprensión sobre el proceso de salud-enfermedad; destacaron la responsabilidad individual, de la sociedad y del Estado en los procesos relacionados a la salud y al adolecer; evocaron el concepto de ciudadanía y las circunstancias que promueven el bienestar; indicaron la relevancia de la intervención del Judiciario para garantizar el acceso negado por el Ejecutivo y compartieron rutinas de trabajo, reconociendo la relevancia de la calificación de las demandas, de la parte de la CASE, tanto para la gestión, ya que se busca la racionalización de los recursos públicos, como para el usuario, garantizando acceso al pleito. Se evidenció además que caminos no judiciales están presentes para que se efectúe el acceso a la salud: la vía administrativa que acoge demandas de algunos productos de salud, la búsqueda por entidades de asistencia social y por la propia familia. Concluimos que, bajo la perspectiva de la integralidad, la Judicialización es una vía que puede: retratar necesidades en salud no acogidas por el sector y garantizar acceso a tecnologías materiales de salud todavía no incorporadas por el área. De otro lado, puede ayudar la Gestión Pública de Salud en la reorganización del acceso a las acciones y servicios del sistema de salud, permitiendo ajustes que contemplen las necesidades a la luz de la garantía constitucional.

Descriptores: Derecho a la salud. Sistemas de salud. Sistema Único de Salud. Atención Integral de Salud. Defensa de la Salud.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Movimentos cujos relatórios enumeraram especificamente o direito à saúde, Ribeirão Preto, SP, 2014.....	25
Quadro 2 - Percurso da primeira etapa da análise dos dados discursivos, Ribeirão Preto, SP, 2014.....	60
Quadro 3 - Classificação geral dos agravos mais comuns, segundo o CID-10, que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP.....	74
Quadro 4 - Classificação geral dos agravos mais comuns, segundo o CID-10 e a faixa etária, que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP.....	74
Quadro 5 - Serviços de saúde responsáveis pelas solicitações das demandas contra a Gestão Pública de Saúde, junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP	78
Quadro 6 - Percentual de impetrantes, segundo o número de habitantes por faixa etária do município de Ribeirão Preto, SP, 2014	81

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma para definição dos sujeitos entrevistados a partir das indicações.....	56
Figura 2 - Fluxograma para definição da tomada de decisão por parte da Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE)	107

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Relação de itens solicitados contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP 70
- Tabela 2 - Relação do número de usuários, segundo faixa etária, que demandaram contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP 71
- Tabela 3 - Relação de providências tomadas pela Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, segundo o número de itens e a origem das solicitações no sistema de saúde, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP 80

Lista de Siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ARN	Ambulatório de Referência em Nefrologia
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASE	Comissão de Análise de Solicitações Especiais
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSE/FMRP-USP	Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HC/FMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HEB	Hospital Electro Bonini
HIV/AIDS	Human Immuno Deficiency Virus/Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
HIDSA	Hospital Insurance and Diagnostic Services Act
HRSFA	Hospital de Retaguarda São Francisco de Assis
HSPB	Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência
HSPE/SP	Hospital do Servidor Público Estadual de SP
HSL	Hospital Santa Lydia
HST	Hospital Santa Tereza
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
NGA/SMS	Núcleo de Gestão Assistencial da Secretaria Municipal de Saúde
NOAS	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
NOBS	Norma Operacional Básica de Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Organización Panamericana de Salud
OUA	Organização da Unidade Africana
PA	Pronto Atendimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAD/SMS	Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde
SBHSCM	Sociedade Beneficência e Hospital Santa Casa de Misericórdia
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

Sumário

Apresentação	16
1 Introdução	18
1.1 Uma breve contextualização histórica sobre o nascimento e a evolução dos direitos	18
1.2 A organização atual do sistema de saúde brasileiro	27
1.2.1 O direito à saúde na Constituição Brasileira	29
1.3 A organização atual do sistema de saúde canadense	30
1.3.1 O direito à saúde na Constituição Canadense.....	31
1.4 A organização atual do sistema de saúde cubano.....	33
1.4.1 O direito à saúde na Constituição Cubana.....	35
1.5 Uma comparação entre a forma pela qual o direito à saúde é garantido nas Constituições do Brasil, Canadá e Cuba e os seus sistemas de saúde.....	36
2 Revisão de literatura	41
2.1 Contextualização social e normativa da problemática do estudo no Brasil	41
2.2 A etimologia da expressão “judicialização”	44
2.3 A recente percepção do fenômeno da Judicialização da Saúde no Brasil	44
2.4 A Judicialização da Saúde no cenário internacional	48
3 Objetivos.....	50
3.1 Objetivo geral	50
3.2 Objetivos específicos	50
4 Percorso da investigação.....	51
4.1 O campo desta pesquisa.....	51
4.2 O objeto do estudo.....	54
4.3 Coleta e fonte de dados: as etapas	54
4.4 Aspectos éticos	58
4.5 Análise dos dados	58
5 A conformação das demandas dos usuários.....	61
5.1 O fluxo das solicitações e as demandas dos usuários junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público em Ribeirão Preto – SP	61

5.1.1 O fluxo dos procedimentos administrativos	61
5.1.1.1 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de medicamentos	63
5.1.1.2 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de aparelhos	64
5.1.1.3 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de fraldas e absorventes	65
5.1.1.4 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de dietas	66
5.1.1.5 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de sessões de oxigênio terapia hiperbárica	67
5.2 Novo fluxograma das solicitações individuais	68
5.3 Caracterização das demandas solicitadas	69
5.3.1 Caracterização do perfil sócio demográfico dos usuários	70
5.3.2 Identificação dos agravos/doenças que acometem esses usuários	71
5.3.3 Caracterização dos serviços de saúde responsáveis pela solicitação das demandas	78
5.3.4 Caracterização das providências tomadas pela Promotoria.....	79
5.4 Análise das demandas formuladas nos procedimentos administrativos	80

6 Como se constitui o processo da Judicialização da Saúde - o que falam os tomadores de decisão..... 85

6.1 O processo saúde-doença em foco	85
6.2 Responsabilidade do sistema de saúde na saúde e na doença do usuário	88
6.3 Conceito de direito à saúde.....	93
6.4 O conceito da Judicialização da Saúde	100
6.5 Seu próprio trabalho no contexto da Judicialização da saúde – as ferramentas para o processo	107

7 Considerações Finais..... 116

Referências 120

Apêndice A - Instrumento de coleta de dados junto aos registros do Ministério Público.. 140

Apêndice B - Roteiro das entrevistas 141

Apêndice C - Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a 1ª etapa da pesquisa..... 142

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a 2ª etapa da pesquisa . 143

Apêndice E - Relação completa dos agravos, segundo o CID-10, que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP.....	145
--	-----

Anexo A	151
----------------------	-----

Apresentação

A Judicialização da Saúde é um tema relevante que, segundo estudos científicos, aflora da premissa, presente no art. 196º da Constituição, de que a *saúde é direito de todos e dever do Estado*, bem como da implementação atual das políticas públicas de saúde.

As discussões sobre o assunto no Brasil iniciaram-se na década de 90, após a proclamação da Carta Maior, quando as demandas solicitadas à Justiça permitiram a inserção do Poder Judiciário no cenário das políticas públicas de saúde. Atualmente, as decisões judiciais favoráveis aos demandantes têm possibilitado a interferência desse setor no Poder Executivo - principalmente no que tange à gestão e organização do sistema público de saúde - e muito se discute sobre o alcance dos princípios do SUS - em especial, da universalidade e integralidade - via Poder Judiciário.

Meu interesse pelo assunto surgiu de minha inserção voluntária em um grupo de estudos - destinado a debater o direito à saúde no Brasil, proposto pelo Conselho Nacional de Justiça de São Paulo - intitulado Comitê Executivo Estadual da Saúde em Ribeirão Preto - SP.

A reuniões aconteceram na Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e me proporcionaram, inicialmente, aproximação com especialistas de diversas categorias profissionais - integrantes da Gestão Pública e Privada de Saúde e da área do Direito - em prol de riquíssimas discussões sobre o panorama local e regional dessa realidade.

A possibilidade de diálogo interdisciplinar, que permite ampliar a compreensão da efetivação do direito à saúde; de contribuir para o entendimento do fenômeno; de expandir meus breves conhecimentos teórico-práticos para além da área da saúde, e consequentemente enriquecer na esfera acadêmico-profissional; além do desafio de trilhar em um universo excêntrico no contexto da saúde pública brasileira, atraíram-me e me encorajaram a pesquisar.

Com este trabalho, procurei: explorar uma das vertentes - o princípio da integralidade da atenção em saúde - que pode fundamentar e explicar a Judicialização da Saúde, ciente de que outras perspectivas podem ser delineadas; contribuir para o seu entendimento e talvez, oferecer elementos para o aprimoramento das políticas públicas por meio de estratégias que definam com mais clareza - e transparência - o acesso universal, equânime e integral ao sistema público de saúde.

Desta forma, apresento este estudo que tem como tema a Judicialização da Saúde e está dividido em 7 capítulos. No Capítulo I, introduzo o tema do direito à saúde e sua conformação histórica, colocando em pauta ainda a organização do sistema de saúde brasileiro - o SUS -

assinalando a questão de sua premissa maior, o direito à saúde como direito à cidadania. Adicionalmente, exponho a organização de sistemas de saúde que se utilizam dessa mesma premissa nas Américas, apontando a aproximação ao recorte proposto da Judicialização em saúde.

O Capítulo II volta-se à revisão de literatura sobre o tema, trazendo, além dos aspectos normativos e legais, a percepção desta realidade no país, assim como a sua configuração no cenário internacional.

No Capítulo III, apresento os objetivos da investigação considerando o quadro teórico, assim como a contextualização nacional e internacional do fenômeno da Judicialização, a indicar a direção de analisar os elementos do processo de decisão e os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais dos cidadãos residentes em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, solicitados à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP.

No Capítulo IV, apresento o percurso da investigação que constou de duas etapas. Na primeira, foi realizada coleta de dados por meio de análise documental dos referidos procedimentos administrativos - junto à Promotoria acima citada - a fim de caracterizar a demanda solicitada, o perfil sócio demográfico dos demandantes, o agravo que os acomete, o serviço de saúde responsável pela solicitação da demanda, as providências tomadas pela Promotoria e os instrumentos utilizados para a análise das demandas individuais solicitadas à Gestão Pública de Saúde. Na segunda, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com profissionais de diversas categorias - inseridos, de alguma forma, no contexto da Judicialização da saúde - a fim de identificar suas percepções sobre alguns temas relacionados a esse fato.

Os Capítulos V e VI voltam-se, respectivamente, para a apresentação e discussão: dos achados referentes à coleta de dados na primeira etapa do estudo e dos discursos dos sujeitos entrevistados na segunda etapa.

E, finalmente, no Capítulo VII são apresentadas as considerações finais do estudo com uma síntese dos resultados, produzindo-se reflexões sobre a Judicialização da Saúde à luz do princípio da integralidade e contribuições ao tema que, por sua complexidade, exige certamente distintos olhares e possibilidades de análise.

1 Introdução

1.1 Uma breve contextualização histórica sobre o nascimento e a evolução dos direitos

Para se compreender a premissa de que a saúde é um direito humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2005) e social¹, há que se buscar explicações sobre a origem histórica e evolução dos direitos² bem como: suas definições e a maneira pela qual foram implementados e incorporados nas sociedades.

As primeiras leituras revelam que o indivíduo é uma pessoa humana igual ao seu semelhante. Essa igualdade essencial do homem fundamenta o conceito universal de direitos - comuns a toda espécie - que advém de sua própria natureza, inerentes à condição humana que se vinculam formalmente - a uma norma escrita - sendo aplicável a todos os indivíduos de uma comunidade (COMPARATO, 2003; HUNT, 2009).

Sob esta perspectiva, os direitos foram reconhecidos e protegidos pelo Estado³ por meio de documentos jurídicos em vários momentos históricos e de distintas maneiras (DALLARI, 2012). Adiante descrevem-se, brevemente, alguns dos principais fatos, registros, acordos e publicações que contribuíram global e progressivamente para a efetivação social dos direitos, desvelando -

¹ A expressão *social*, conota a uma definição de grupo, de coletividade e - neste momento do estudo - não a uma perspectiva individual que se refere a um indivíduo apenas (COMPARATO, 2003). Nesse sentido, direitos sociais se referem às necessidades básicas coletivas (MANZINI-COVRE, 1996) que requerem ação positiva do Estado e também da sociedade em geral (BRASIL, 2007a; MENDES; COELHO; BRANCO, 2008; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2005). Segundo Mendes, Coelho e Branco (2008), os direitos sociais são ferramentas destinadas a atenuar/suprimir as desigualdades, obedecendo o lema: "deve se tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida da sua desigualdade" (p. 710). Vale dizer, que a efetivação desses direitos depende: do desenvolvimento econômico, da disponibilidade de recursos e do modelo de Estado adotado por uma nação. E ainda, segundo Cury (2005), a postura ativa do Estado para a efetivação ou prestação desses direitos os enquadra na categoria de direitos fundamentais de segunda dimensão. Para conhecimento das demais categorias dos direitos fundamentais, vide obra de: CURY, I. T. Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. cap. 01, p. 01 -17.

² De acordo com Bobbio (1992, p. 6) "os direitos não nascem todos de uma vez. Nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem (...) ou cria ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para suas indigências".

³ Segundo Dallari (2007), a expressão *Estado* apresenta uma pluralidade de significados, conforme a escola de pensamento jurídico e é estudado por diversos autores. Segundo o autor, o *Estado* é sinônimo de sociedade política, pois coordena e unifica fins particulares em função de fins gerais, tornando-se sede do poder político. Destaca ainda que um dos grandes problemas do *Estado* contemporâneo é a sua existência em função dos interesses de todos os indivíduos que o compõem e para o atendimento desses interesses busca o alcance de fins gerais exercendo um poder soberano; ao mesmo tempo, é a expressão suprema da ordem jurídica, assegurando a eficácia das normas jurídicas contra si próprio o que revela sua característica política e jurídica. Sua atuação, no que tange os fins políticos e sociais, é delimitada pela existência de um território, onde o seu povo está situado. E sinteticamente, "o *Estado* é a ordem jurídica soberana, que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território" (p. 51). De certa forma, atualmente, está presente em todos os setores da vida social, sendo responsável pela satisfação das necessidades básicas de seus indivíduos. Nesse sentido, é mais justo que se produza aquilo que atenda às necessidades de um maior número de pessoas obedecendo a uma escala de prioridades. Concomitantemente à oferta de bens e serviços, se espera que o *Estado* garanta sua produção adequada e suficiente de maneira equitativa, o que é indispensável para a sua estabilidade e fortalecimento. E mais adiante retomaremos a discussão sobre o papel do Estado na garantia dos direitos fundamentais.

quando especificado nesses instrumentos - o direito à saúde⁴, desde a Idade Média⁵ até os dias atuais.

Com o feudalismo, a disputa da hegemonia do poder na Europa entre o papa e o imperador despertou nos reis - nobres de condição superior - o sentimento de reivindicação de direitos que, então, estavam restritos à nobreza e ao clero. Contra essa nova concentração de poder, surgiram as primeiras manifestações de direitos da aristocracia feudal inglesa, por meio da Carta Magna de 1215 que serviu como referência para alguns direitos e liberdades individuais⁶ (CANOTILHO, 2003; COMPARATO, 2003; FERREIRA FILHO, 2008).

Na Inglaterra, a Lei de "Habeas Corpus"⁷ de 1679⁸ estabeleceu regras jurídicas que permitiram a criação de direitos liberais específicos, pois no direito inglês - e no romano - não se enuncia a existência de um direito sem uma ação judicial própria para sua defesa. Ou seja, é da criação da norma jurídica que nascem os direitos subjetivos e não o contrário. Em 1689, a Declaração de Direitos - ou Bill of Rights - acabou com o regime da monarquia absoluta e instituiu, entre outros feitos, a separação dos poderes e a organização do Estado protegendo e reafirmando alguns direitos fundamentais⁹ dos cidadãos, tais como: liberdades individuais - prática religiosa, de expressão - o direito de petição¹⁰ e a proibição de penas cruéis¹¹ (COMPARATO, 2003; MORAES, 2003).

Em 1776, a independência das treze colônias britânicas da América do Norte resultou em um documento histórico - a Declaração de Independência¹² - que reconheceu, entre outros

⁴ Vale dizer que: "a saúde como direito humano teve sua origem no movimento pela saúde pública do século XIX e vem se desenvolvendo em direção ao reconhecimento dos direitos econômicos, sociais e culturais desde então" (CURY, 2005, p. 34).

⁵ De acordo com Ferreira Filho (2008, p.11), "o registro de direitos num documento escrito é prática que se difunde a partir da segunda metade da Idade Média". Na Europa, os primeiros registros de direitos - a serem reconhecidos e respeitados - se referem aos direitos de comunidades locais, corporações ou membros de um grupo (FERREIRA FILHO, 2008).

⁶ A Carta Magna reconheceu as liberdades eclesiásticas, o poder dos reis em fazer justiça quando solicitado pelos súditos, iniciou um movimento de superação da servidão e da monarquia, garantiu o respeito à propriedade privada, à liberdade de entrada e saída do país, dentre outros aspectos (COMPARATO, 2003; FERREIRA FILHO, 2008).

⁷ A expressão "Habeas Corpus" se origina do verbo latino *habeas*, de *habeo* que significa ter, andar com e *corpus* que significa corpo, ou seja: ande com o corpo ou tenha o corpo. Juridicamente, garante a pessoa contra qualquer violência ou coação ilegal na sua liberdade de ir e vir, é a defesa da liberdade de locomoção quando se recolhe a pessoa a um lugar seguro ou fechado de onde não poderá sair (SILVA, 2008).

⁸ Segundo Comparato (2003), o habeas corpus já existia na Inglaterra, mesmo antes da Carta Magna, como mandado judicial - ato que deve ser cumprido por determinação do juiz (SILVA, 2008) - em caso de prisão sem fundamento na lei. Mas sua eficácia jurídica era muito reduzida em razão da inexistência de normas específicas para este assunto.

⁹ Os direitos fundamentais se referem aos direitos humanos - ou do homem - positivados - ou garantidos - nas normas jurídicas - ou ordenamento jurídico (BOBBIO, 1992; COMPARATO, 2003; CURY, 2005). Vale dizer que, segundo Cury (2005), não há distinção entre as expressões: direitos do homem, direitos humanos e direitos fundamentais. Entretanto, podem utilizadas de uma maneira mais específica: os direitos humanos são direitos e liberdades prenunciados nos tratados internacionais e os direitos do homem se referem aos direitos naturais e aos seus derivados.

¹⁰ Vide 8ª emenda da Constituição Norte-americana (COMPARATO, 2003) e artigo 5, inciso XXXV da Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2012).

¹¹ Vide 8ª emenda da Constituição Norte-americana (COMPARATO, 2003) e artigo 5, inciso XLVI da Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2012).

¹² O texto da Declaração afirma: "Consideramos as seguintes verdades como auto evidentes, a saber, que todos os homens são criaturas iguais, dotadas pelo seu Criador de certos direitos inalienáveis, entre os quais: a vida, a liberdade e a busca de felicidade" (COMPARATO, 2003, p. 105).

aspectos, a existência de direitos inerentes a todo ser humano, independentemente das diferenças de sexo, raça, religião, cultura ou posição social. Outras Declarações de Direitos Norte-Americanas¹³ foram exemplos da afirmação da autonomia e emancipação do indivíduo - frente à família e as organizações político-religiosas - normatizadas até proclamação da Constituição Norte-americana em 1787 (COMPARATO, 2003).

Na Europa, o respeito aos direitos humanos, como se conhecem hoje, somente se viabilizou com a Revolução Francesa. Nesse período, várias Declarações de Direitos¹⁴ foram, gradativamente, consolidando e fundamentando-os juridicamente até a promulgação da Constituição Francesa¹⁵ em 1848 (COMPARATO, 2003; MORAES, 2003).

Em 1917, a Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos¹⁶ foi a primeira a atribuir aos direitos trabalhistas a qualidade de direitos sociais fundamentais, juntamente com as liberdades individuais e direitos políticos¹⁷ (COMPARATO, 2003; CURY, 2005; LIMA JÚNIOR, 2001; MORAES, 2003).

Em 1919, a Constituição de Weimar, na Alemanha, declarou a organização do Estado e os direitos e deveres fundamentais, adicionando às liberdades individuais (direitos civis¹⁸ e políticos), novos direitos de conteúdo social (direito à educação, saúde, trabalho, previdência social e outros) por meio de políticas públicas estatais (COMPARATO, 2003; CURY, 2005; MORAES, 2003).

As atrocidades cometidas durante as Grandes Guerras despertaram o sentimento global de respeito incondicional à dignidade humana e reconstrução das nações. Assim, nasceu a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de estabelecer, mundialmente, o respeito

¹³ Dentre as Declarações de Direitos Norte-Americanas destacam-se: a Declaração de Direitos - ou Bill of Rights - que são essencialmente declarações de direitos individuais. Os Estados Unidos deram aos direitos humanos a qualidade de direitos fundamentais - ou positivos - ou seja, reconhecidos pelo Estado em seu ordenamento jurídico, semelhantemente à Inglaterra, com a Declaração de Direitos Inglesa; a Declaração de Direitos de Virgínia de 1776; a Declaração de Direitos da Pensilvânia no mesmo ano e a Declaração de Direitos de Massachusetts de 1780 (COMPARATO, 2003).

¹⁴ Dentre as Declarações de Direitos Francesas destacam-se: a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, a Declaração de Direitos da Constituição de 1791, a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão da Constituição de 1793 e a Declaração dos Direitos e Deveres do Homem e do Cidadão da Constituição de 1795 (COMPARATO, 2003; MORAES, 2003).

¹⁵ Na Constituição Francesa de 1848 as liberdades individuais foram limitadas à medida em que o respeito aos direitos iguais e a manutenção da segurança pública foram destacadas. Estabelece, dentre outras normas, os deveres sociais do Estado para com os trabalhadores e os necessitados - dando assistência às crianças abandonadas, doentes e idosos sem recursos - e a abolição da pena de morte e escravidão (COMPARATO, 2003).

¹⁶ Ressalta-se a relevância histórica da Carta Política Mexicana, pois na Europa, a consciência de que os direitos humanos têm também uma dimensão social só aconteceu após a 1ª Guerra Mundial. A Constituição de Weimar, de 1919, baseou-se na Mexicana e todos os acordos firmados pela recém-criada Organização Internacional do Trabalho, na Conferência de Washington, no mesmo ano, trazia os temas abordados pela Constituição Mexicana, como por exemplo: limitação da jornada de trabalho, a proteção da maternidade, desemprego e outras questões trabalhistas. Entre 1917 e 1919, a Revolução Russa propiciou a afirmação da Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado também baseada nos princípios da Carta Mexicana (COMPARATO, 2003).

¹⁷ Os direitos políticos dizem respeito "à deliberação do homem sobre sua vida, ao direito de ter livre expressão de pensamento, prática religiosa, etc.... Relacionam-se à convivência com outros homens em organismos de representação direta - sindicatos, partidos, movimentos sociais, escolas, conselhos, associações de bairro, etc.... - ou indireta - pela eleição de governantes, parlamento e assembleias - resistindo à imposição dos poderes por meio de greves, pressões, movimentos sociais" (MANZINI-COVRE, 1996, p. 15).

¹⁸ Ainda segundo Manzini-Covre (1996, p. 11), os direitos civis "dizem respeito basicamente aos direitos se de dispor do próprio corpo, locomoção, segurança, etc...."

aos direitos humanos firmado por meio da Carta do Atlântico¹⁹ e agregada à Declaração das Nações Unidas (COMPARATO, 2003). Assim, em 1945, a Carta da Organização das Nações Unidas²⁰ reiterou o papel governamental na tutela dos direitos humanos e liberdades fundamentais, alicerçado nos princípios de igualdade e universalidade (ONU, 1945) representando um avanço na solidificação dessas condições na esfera internacional (VENTURA, 2011a).

Em 1948, a Assembleia Geral da ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos²¹ que reconheceu globalmente os ideais da Declaração de Independência dos Estados Unidos, da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e da Revolução Francesa - de igualdade, liberdade e fraternidade entre os homens - como princípios fundamentais para o respeito universal aos direitos humanos (COMPARATO, 2003).

Piovesan e Sudbrack (2011) referem que a Declaração iguala em grau de importância os direitos civis e políticos aos direitos econômicos, sociais e culturais²², além de certificar a sua indivisibilidade, interdependência e inter-relação, a emancipar a visão integral dos direitos humanos.

Este documento possui 30 artigos dentre os quais destaca-se o 22º, que dispõe sobre o direito de todas as pessoas em adquirir um padrão de vida que assegure, a si e a sua família, saúde e bem estar e, ainda, o direito à assistência e cuidados especiais durante a maternidade e infância (UNITED NATIONS, 2007).

¹⁹ A Carta do Atlântico trazia as ideias iniciais da ONU. Os presidentes Roosevelt e Churchill declararam, entre outros aspectos, o compromisso de estabelecer a paz para se viver em segurança, livres do medo e da miséria, além da promoção mundial da melhoria dos padrões de trabalho e progresso econômico. Esta Carta foi incorporada à Declaração das Nações Unidas em 1942 quando 26 países que combatiam as forças do Eixo (Itália, Alemanha e Japão) proclamaram seus objetivos de guerra. Anos depois, estes países foram considerados membros originários da ONU, cuja Carta de Fundação foi assinada por 51 países. A Carta do Atlântico definia os direitos humanos como liberdades individuais cujo preâmbulo conota a promoção internacional do progresso econômico e social de todos os povos. Para tal, foi criado o Conselho Econômico e Social que, em 1946, aprovou o estatuto da Comissão de Direitos Humanos para promover e proteger, internacionalmente, a dignidade humana (COMPARATO, 2003).

²⁰ O preâmbulo da Carta da Nações Unidas reafirma a fé nos direitos fundamentais, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito independentemente do sexo e da nação, e a estabelecer o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional e a promover o progresso econômico e social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 1945).

²¹ O preâmbulo da Declaração considera a dignidade, igualdade, liberdade e justiça elementos essenciais a todas as pessoas e que os direitos humanos sejam reconhecidos e protegidos por Lei. Considera ainda que a relação entre as nações deve ser amistosa e como os povos das Nações Unidas reafirmaram sua fé nos direitos humanos fundamentais, estes devem promover o progresso social e os Estados-membros devem se comprometer a oferecê-los de maneira justa e igualitária. Nesse sentido, a Declaração passa a ser um objetivo para as Nações que por meio de ações coletivas de caráter nacional e internacional devem promover esses direitos (UNITED NATIONS, 2007).

²² De acordo com Ventura (2011a, p. 34) direitos sociais e culturais se referem "ao estabelecimento de padrões de vida adequados, incluindo a saúde, a instrução e a participação na vida cultural da comunidade, destacando-se a proteção contra a fome, o direito à alimentação, vestimenta, moradia, educação (...) e desfrutar do progresso científico, bem como à proteção dos patrimônios históricos e culturais (...), preservando-se seus valores e tradições".

Em 1950, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos instituiu órgãos fiscalizadores²³ de proteção dos direitos humanos para julgar eventuais contravenções em cada nação, condição que firmou o indivíduo como sujeito internacional de direitos (COMPARATO, 2003; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA), 2011).

Em 1961, a Carta Social Europeia²⁴ declarou os direitos econômicos, sociais e culturais não discriminados na Convenção Europeia e entrou em vigor em 1965 (COMPARATO, 2003). O artigo 11 trata do direito à proteção da saúde por meio da cooperação das organizações públicas e privadas a fim de: eliminar as causas de deficiências na saúde, promover a educação e a responsabilidade individual pela saúde e prevenir doenças e acidentes (CONSELHO DA EUROPA, 1961).

Em 1965, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial efetivou os princípios da Declaração das Nações Unidas e, por meio do artigo 5, estabeleceu a adoção de medidas práticas, dentre as quais: a garantia de direitos civis que incluem o direito à saúde, a cuidados médicos, à previdência social e aos serviços sociais (ANGELO, 1998; OMS, 2005; ONU, 1965).

Em 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos²⁵ e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconheceram o direito de autodeterminação dos povos e a Declaração Universal dos Direitos Humanos como marco teórico internacional que assegura mundial e universalmente os direitos humanos (COMPARATO, 2003; LIMA JÚNIOR, 2001; VENTURA, 2011b).

O primeiro Pacto instituiu o Comitê de Direitos Civis e Políticos, que estabeleceu sanções às violações dos direitos, institucionalizando os civis e políticos (ANGELO, 1998; COMPARATO, 2003; LIMA JÚNIOR, 2001). O artigo 12 do segundo Pacto garantiu a todas as pessoas o desfrute do melhor estado de saúde física e mental por meio de ações²⁶ que permitam o seu exercício (ANGELO, 1998; COMPARATO, 2003; LIMA JÚNIOR, 2001; ONU, 1966; PIOVESAN; SUDBRACK, 2011).

²³ Tratam-se da Comissão Europeia de Direitos Humanos e a Corte Europeia de Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA), 2011).

²⁴ Em 1988, a Carta Social Europeia foi atualizada por um protocolo adicional que acrescentou quatro novos direitos, dentre eles, o direito dos idosos à proteção social. Em 1996, foram incluídos novos direitos sociais: o direito à dignidade no trabalho, à proteção contra a pobreza e exclusão social e à moradia (COMPARATO, 2003).

²⁵ O preâmbulo deste Pacto - idêntico ao do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - reconhece, entre outros aspectos, que a dignidade é inerente à pessoa humana e que os direitos iguais e inalienáveis constituem o fundamento da liberdade, justiça e paz mundial. Em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos o homem deve ter condições para gozar de seus direitos políticos, econômicos, sociais e culturais (ANGELO, 1998; COMPARATO, 2003; LIMA JÚNIOR, 2001).

²⁶ As ações devem contribuir para: a diminuição da mortalidade infantil; a promoção do desenvolvimento da criança; a melhoria dos aspectos de higiene e do trabalho; a prevenção, tratamento e controle das doenças endêmicas, epidêmicas, profissionais entre outras e a assistência à saúde em caso de adoecimento (ONU, 1966).

Com relação ao direito à saúde, a orientação geral n. 14 do Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no ano 2000, estabelece, dentre outros aspectos, ser saúde um direito fundamental, indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Estabelece também que, para sua efetivação, necessita-se: de disponibilidade dos serviços e programas de saúde, de acessibilidade física, econômica e de informação indiscriminadamente, de aceitabilidade ética e cultural e de qualidade. A orientação impõe ainda aos países a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde por meio de medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais, dentre outras (OMS, 2005; PIOVESAN; CARVALHO, 2011; COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2000).

Em 1968, a Conferência Internacional de Direitos Humanos reiterou que todos os povos tem direitos iguais e inalienáveis, reforçando a indivisibilidade entre os direitos civis econômicos, sociais e culturais (ONU, 1968). Em 1969, a Convenção Americana de Direitos Humanos²⁷ reafirmou a maior parte das declarações de direitos do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966, sendo uma das bases - do sistema entre os estados americanos membros da organização - de tutela dos direitos humanos. Refere que, apesar de vários tratados e ordenamentos jurídicos disporem sobre este tema, aquele que melhor proteger o ser humano deverá servir de instrumento concreto para sua tutela (COMPARATO, 2003).

Em 1978, o relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de Alma-Ata na ex-União Soviética dispôs sobre a necessidade urgente e mundial de todos os governos promoverem a saúde de seus cidadãos por meio de medidas sanitário-sociais e cuidados essenciais de saúde (OMS, 1978).

Em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres assegurou - igualmente sem distinção entre os gêneros - nos artigos 11 e 12, o direito à proteção da saúde com acesso aos serviços médicos em todas as fases da vida (ANGELO, 1998; OMS, 2005; ONU, 1979).

Em 1981 e 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança reconheceu a dignidade como inerente a todos os membros da família e que seus direitos constituem o fundamento da liberdade, justiça e paz mundial. O artigo 24 assegurou a tutela do direito à saúde das crianças por meio do acesso às ações²⁸ e serviços de saúde (ANGELO, 1998; OMS, 2005; UNICEF, 2004).

²⁷ O preâmbulo desta Convenção reafirma os princípios consagrados na Carta da Organização dos Estados Americanos, na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal dos Direitos do Homem reafirmados em outros instrumentos internacionais, tanto de âmbito mundial como regional a fim de consolidar no continente americano um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito dos direitos humanos essenciais (ANGELO, 1998; OEA, 1969).

²⁸ As ações de saúde desveladas na Convenção são: diminuir a mortalidade infantil; garantir assistência médica e cuidados de saúde às mães antes e depois do nascimento da criança e a todas as crianças enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários; combater a doença e a má nutrição, fornecer alimentos nutritivos e água potável, abolir práticas prejudiciais à saúde da criança (UNICEF, 2004).

Ainda no mesmo ano, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Direitos dos Povos²⁹ assentiu a promoção e a proteção dos direitos e liberdades do homem e dos povos tanto a nível nacional quanto internacional, assegurando, no artigo 16, o gozo do melhor estado de saúde física e mental, além de assistência médica em caso de doença (COMPARATO, 2003; OUA, 1981).

Em 1988, o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reafirmou a relevância: do reconhecimento universal, regional e internacional destes direitos; de seu desenvolvimento, aperfeiçoamento, proteção e consolidação na América e do direito de seus povos ao desenvolvimento e à livre autonomia. O artigo 10 dispôs sobre o direito - de todas as pessoas - de gozar do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social por meio de ações de saúde³⁰ implementadas pelos Estados membros. Além disso, a saúde foi reconhecida como um bem público (OEA, 1998; OMS, 2005).

Em 1989, a Convenção Relativa aos Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes da Organização Internacional do Trabalho n. 169 reconheceu as aspirações desses povos e os afirmaram como portadores dos mesmos direitos fundamentais - internacionalmente reconhecidos - que o restante da população, com respeito à identidade sociocultural e as suas instituições. O artigo 24 diz respeito à inclusão dos povos indígenas no modelo de seguridade social de cada país e o artigo 25 salvaguardou o acesso aos serviços de saúde relevando práticas curativas e medicamentos tradicionais (ONU, 1989).

Em 1990, a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e seus familiares protegeu, globalmente, os direitos humanos deste público em países estrangeiros. O artigo 28 garantiu-lhes acesso aos cuidados médicos urgentes e os artigos 43 e 45, aos serviços sociais e de saúde (OEA, 1990).

Em 1993, a Declaração de Viena sobre Direitos Humanos renovou os princípios da Carta das Nações Unidas e da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a validar e especificar a noção de universalidade, inalienabilidade, indivisibilidade e complementaridade dos direitos humanos, enfatizando os direitos de solidariedade, o direito à paz, o direito ao desenvolvimento e os direitos ambientais. O item 31 averbou o direito a um nível de vida e bem-estar adequado,

²⁹ O preâmbulo da Carta Africana reconhece, dentre vários aspectos, que os direitos fundamentais do ser humano se baseiam nos atributos da pessoa humana, o que justifica a sua proteção internacional; que a realidade e o respeito dos direitos dos povos devem garantir os direitos humanos. Menciona ainda, a importância do direito ao desenvolvimento; que os direitos civis e políticos são indissociáveis dos direitos econômicos, sociais e culturais, tanto na sua concepção como na sua universalidade e que a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais garante o gozo dos direitos civis e políticos (ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA (OUA), 1981).

³⁰ As medidas descritas no Protocolo são: atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; total imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; educação de população sobre a prevenção e tratamento dos problemas de saúde e satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por suas condições de pobreza, sejam mais vulneráveis (OEA, 1998).

incluindo alimentação, assistência à saúde, moradia e demais serviços (ONU, 1993; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2005).

Em 2006, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidades reconheceu a dignidade dos portadores de deficiências sendo sujeitos dos direitos fundamentais. O artigo 25 salvaguardou-lhes o direito à saúde sem discriminação por sua diferença (ONU, 2008).

Em 2007, a publicação da OPS reiterou a importância: do contexto econômico, político, social e sanitário nas políticas públicas e nos sistemas e serviços de saúde e da implantação de estratégias para a renovação mundial da Atenção Primária em Saúde que visa promover a diminuição das iniquidades em saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS), 2007a).

O Quadro 1 sintetiza os movimentos que abordaram especificamente o direito à saúde em seus registros:

Ano	Movimentos
1948	Declaração Universal do Direitos Humanos
1961	Carta Social Europeia
1965	Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial
1966	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
1978	Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
1979	Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres
1981	Convenção sobre os Direitos da Criança
1981	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Direitos dos Povos
1988	Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
1989	Convenção Relativa aos Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes da Organização Internacional do Trabalho n. 169
1990	Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e seus familiares
1993	Declaração de Viena
2007	Publicação da Organização Pan-Americana de Saúde
2008	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidades

Quadro 1- Movimentos cujos relatórios enumeraram especificamente o direito à saúde, Ribeirão Preto, SP, 2014

Em suma, essas manifestações ampliaram, gradativamente - na esfera mundial³¹ - a titularidade da preservação dos direitos fundamentais. Inicialmente, tutelaram-se os direitos civis e políticos individuais que se estenderam aos segmentos sociais desfavorecidos até contemplar uma nação e toda a humanidade (HUNT, 2009; VENTURA, 2011a).

O direito à saúde foi anunciado em diversos momentos, principalmente a partir da década de 1940, com a criação da ONU³², que estabeleceu o respeito nacional e internacional aos direitos humanos (VENTURA, 2011a). Ao mesmo tempo, nota-se que esta salvaguarda exige intervenção do Estado, e nesse sentido a saúde é um dos direitos fundamentais que deve ser assegurado por meio de políticas públicas sociais³³ (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; SIQUEIRA; RAGAZZI, 2008).

As políticas públicas sociais asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para os usuários dos sistemas de proteção social³⁴ que depende da modalidade de intervenção do Estado na área social e da condição política do país. E para designar os sistemas de proteção social, surgiu a expressão *Estados de bem-estar Social* ou *Welfare States* (FALEIROS, 1986; FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Os *Estados de bem-estar Social* ou *Welfare States* apresentam três modelos de ação: a assistência social³⁵, o seguro social³⁶ e a seguridade social. De acordo com esta classificação, o acesso à saúde pode ser respectivamente: uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio ou o usufruto de um direito de cidadania³⁷ (FALEIROS, 1986; FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

A seguridade social consiste na distribuição de benefícios, ações e serviços - por meio de políticas públicas sociais - de forma universal e igualitária a todos os cidadãos de uma nação independentemente de contribuições prévias (ELIAS, 2004; FLEURY; OUVÉNEY, 2008;

³¹ Vale dizer ainda, que sob a perspectiva da tutela dos direitos humanos, existem no contexto regional: outros tratados/convenções e sistemas (europeu, interamericano e africano), a Organização dos Estados Americanos (PIOVESAN, SUDBRACK, 2011; VENTURA, 2011a), um embrionário sistema árabe, além de uma proposta de criação de um asiático (PIOVESAN, SUDBRACK, 2011).

³² Além da ONU, a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial do Comércio (OMC) determinaram regras internacionais referentes à saúde que contribuíram para o fortalecimento do setor e edificação do direito à saúde (VENTURA, 2011a).

³³ Segundo Elias (2004, p. 42), "políticas públicas são instrumentos para a atuação do Estado" e política social, é um tipo de política pública que tenta harmonizar a relação entre o Estado, a economia e a sociedade.

³⁴ Segundo Viana e Levcovitz (2005) a proteção social consiste "na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir as necessidades geradas em diferentes momentos históricos relacionadas com múltiplas situações de dependência" (p. 17). Os sistemas de proteção social buscam reduzir o impacto de riscos clássicos - doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão - sobre o indivíduo e a sociedade por meio de ação pública.

³⁵ A assistência social consiste na distribuição de bens e recursos residuais e seletivos para camadas específicas da população - nos focos de pobreza ou grupos vulneráveis. A aquisição desses benefícios não torna os indivíduos titulares de um direito, pois esta ação sempre dependerá de sua condição menos favorecida (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

³⁶ O seguro social consiste na distribuição de benefícios a grupos de trabalhadores formais e específicos por meio de uma relação contratual e contribuições mensais (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

³⁷ De acordo com a OPS (2005), cidadania é o direito de toda e qualquer pessoa a ter direitos garantidos pelo Estado e a assumir também seus deveres, tanto individual quanto coletivamente. A condição de cidadão sugere um ser ativo - que segundo Dallari (2012, p. 19) "é aquele que preenche os requisitos legais para exercer seus direitos políticos" - e autônomo que pode ser definida na relação entre o Estado e a sociedade.

VIANA; LEVCOVITZ, 2005) em que cabe ao Estado administrar e financiar tais políticas, arrecadando os recursos necessários por meio dos impostos (FLEURY; OUVENERY, 2008).

As referências desta modalidade são: a proposta por Bismarck, na Alemanha, a partir de 1883 e o Plano Beveridge, na Inglaterra, de 1942, que estabeleceu um tipo de ordem social fundamentada na cidadania cujos cidadãos - indivíduos portadores de direitos - têm seus direitos, neste caso, sociais, assegurados pelo Estado (FLEURY; OUVENERY, 2008). Em ambas pressupõe-se a contribuição salarial dos trabalhadores formais para a sua implementação (FALEIROS, 1999).

E é nesse contexto de seguridade social que se baseiam alguns sistemas de saúde no mundo, dentre os quais: o brasileiro, o canadense e o cubano. A escolha desses países baseou-se em outras duas características comuns: a localização na região das Américas e o passado colonial de exploração, embora se tenham desenvolvido sob distintos regimes de governo e condições socioeconômicas.

Assim, para compreensão mais ampla das especificações desse modelo de proteção social, serão descritos brevemente a organização atual desses sistemas de saúde e para entendimento de sua composição, as proposições legais, ou seja, a forma pela qual a saúde é garantida nesses países, em suas respectivas Constituições³⁸. Logo após, narra-se uma comparação entre esses países, à luz das características jurídicas quanto a garantia sistêmica e institucional³⁹ do direito à saúde, da conformação atual e dos principais desafios de seus sistemas de saúde.

1.2 A organização atual do sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro constitui-se por prestadores e entidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos. O setor público proporciona acesso universal por meio do Sistema Único de Saúde - SUS - e cobre 75% da população brasileira (OPAS, 2012a).

³⁸ Segundo Dallari (2012), a Constituição é o principal instrumento de proteção dos indivíduos de uma nação que enumera os deveres e direitos fundamentais de toda pessoa humana. De acordo com a OPS (2005), um estudo elaborado pela Comissão Internacional de Juristas revelou que o direito à saúde é referido em mais de 60 Constituições Federais e em mais de 40, se estabelecem direitos interligados, tais como: o direito à saúde reprodutiva e a um ambiente saudável. Algumas determinam os deveres do Estado com relação à saúde - especialmente quanto a provisão dos serviços de saúde - e outras não estipulam ao Estado este dever.

³⁹ De acordo com Ferreira Filho (2008), a expressão *garantia* também possui vários significados. Pode-se interpretá-la como *garantia-sistema* que decorre do próprio sistema constitucional; como *garantia-institucional* que caracteriza a organização estatal de serviços públicos correspondentes a garantia dos direitos e ainda como *garantia-de-defesa* e *garantia-instrumental* que se caracteriza pelos meios de defender direitos específicos, acionando o sistema para sua tutela. Então, o termo pode expressar o modo pelo qual se efetiva um direito: seja por meio do sistema constitucional ou do instrumento para se chegar ao sistema, por exemplo, os processos judiciais. Neste trabalho será adotada inicialmente a perspectiva sistêmica e institucional para comparação do direito à saúde entre Brasil, Canadá e Cuba e mais adiante, a instrumental para retratar a realidade do município em questão.

O SUS foi construído para ser operado pelos três entes federativos: a União, os Estados e os Municípios, caracterizando-se pela gestão compartilhada, acesso universal, integral, racional, equânime, descentralização, regionalização, hierarquização com participação popular (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC), 2003).

De acordo com esses preceitos, desde o início da década de 90, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, porta de entrada do sistema público de saúde no Brasil (BRASIL, 2006a, 2011a). Em 2010, essa estratégia alcançou 94% dos municípios, com mais de 30.000 equipes de Saúde da Família composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 5 ou 6 agentes comunitários de saúde - dependendo da área de abrangência da equipe - além de mais de 19.000 equipes de Saúde Bucal composta por 01 odontólogo e 01 auxiliar (OPAS, 2012a).

Apesar de o SUS ter sido instituído e formalizado pela Constituição Federal de 1988, está em plena construção social, renovando-se e reafirmando-se continuamente, em especial quanto ao princípio da universalização. Isto faz com que o SUS não seja ainda um sistema único, mas um subsistema integrante de um sistema de saúde segmentado. Além do SUS, existem outros 02 subsistemas: o de desembolso direto e o de atenção médica privada ou suplementar, composta por modalidades assistenciais. Com isso, parte da população opta por um destes dois subsistemas retirando-se do SUS, para nesse permanecerem, apenas, os segmentos sociais que não podem pagar pela assistência à saúde (BRASIL, 2006b; MENDES, 1999). Dados oficiais revelam que apenas 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5 % são usuários não exclusivos do SUS e 8,7 % são não usuários do SUS (BRASIL, 2006b).

Nesse cenário, seria possível identificar se os usuários que pleiteiam na justiça a garantia individual de seu direito à saúde à gestão pública de saúde são usuários **exclusivos** do SUS? Este é um dado relevante para o tema que aqui se desenvolve, pois, de acordo com Borges e Ugá (2009), a efetivação judicial do direito à saúde do usuário exclusivo do SUS pela gestão pública não inverte a lógica deste sistema, pois favorece aqueles que utilizaram apenas o SUS.

O Sistema de Saúde Suplementar é um sistema privado de assistência à saúde, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ofertado por operadoras privadas, dentre elas: as medicinas de grupo, as cooperativas médicas, as auto gestoras, seguradoras e as entidades filantrópicas que variam sua cobertura por classes de rendimentos familiares (BRASIL, 2006b).

O Sistema de Desembolso Direto também é um sistema privado, representado por serviços de saúde adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos das pessoas ou das famílias. Pouco considerado nas análises das políticas de saúde no país, é o mais relevante no âmbito

privado do ponto de vista dos gastos sanitários, pois funciona como um sistema oculto que opera com baixa regulação do Estado. Atinge especialmente os 61,5% dos usuários não exclusivos do SUS (BRASIL, 2006b).

1.2.1 O direito à saúde na Constituição Brasileira

A atual Constituição da República Federativa do Brasil foi promulgada em 05 de outubro de 1988 e contém as reformas aprovadas pela Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade, e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundamentada na harmonia social e comprometida na ordem interna e externa com a solução pacífica das controvérsias (BRASIL, 2012).

Apresenta 9 títulos, sendo que o título I, com 4 artigos, trata dos princípios fundamentais. O Título II contém 4 capítulos, dos artigos 5 ao 17, dispõe sobre os direitos e garantias fundamentais. O Título III apresenta 7 capítulos, dos artigos 18 a 43 e estabelece a organização do Estado. O Título IV contém 4 capítulos, dos artigos 44 a 135, e detalha a organização dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, além das funções essenciais da Justiça. O Título V apresenta 3 capítulos, dos artigos 136 a 141, e aborda a defesa do Estado e das instituições democráticas. O Título VI contém 2 capítulos, dos artigos 145 a 169, e trata da tributação e orçamento. O Título VII apresenta 4 capítulos, dos artigos 170 a 192, e cuida da ordem econômica e financeira. No Título VIII há 8 capítulos, dos artigos 193 a 232, e enfoca-se a ordem social. Por fim, o Título IX, dos artigos 233 a 250, trata das disposições constitucionais gerais (BRASIL, 2012).

Observamos que no artigo 6, do Capítulo 2, do Título II - referente aos direitos e garantias fundamentais - a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desempregados são considerados direitos sociais. No artigo 196, do Capítulo 2, do Título VIII referente à ordem social, a saúde é enfatizada como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O artigo 197 estabelece que o Poder Público é responsável pela sua regulamentação, fiscalização e controle e o artigo 198 define que as ações e serviços

públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentado na descentralização com direção única em cada esfera do governo (União, Estados e Municípios), no atendimento integral e na participação da comunidade (BRASIL, 2012).

Essa concepção de direitos sociais traz implicações para o funcionamento dos sistemas jurídico e político, pois a tutela destes direitos depende dos princípios da Carta Maior que regem as ações do Poder Judiciário⁴⁰, da estrutura política e da atuação do Estado, responsável pela prestação de serviços e políticas públicas tanto na esfera social quanto na econômica (MARQUES, 2006).

Apesar da reorganização do Sistema de Saúde brasileiro como único, universal e igualitário, chama-nos a atenção o artigo 199 da CF, que permite à iniciativa privada a prestação de assistência à saúde, desde que seja complementar ao SUS (BRASIL, 2012). Entretanto, a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde definiu que a sua prestação é realizada mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros, caracterizada pela modalidade de autogestão das entidades ou empresas que a oferecem (BRASIL, 1998, 2012).

1.3 A organização atual do sistema de saúde canadense

Os princípios do sistema de saúde canadense ou *Medicare* são a equidade, justiça e solidariedade, considerando que a igualdade de acesso aos serviços de saúde básicos e necessários - norteados pelas necessidades dos cidadãos - é um direito independentemente de renda, status social e outras características pessoais, que podem em outros sistemas, favorecer o acesso à assistência à saúde tornando-a um bem de mercado (ROMANOW, 2002).

No sistema de saúde canadense, as responsabilidades são divididas entre as três esferas do governo: federal, as províncias e os territórios. Entretanto, a maior parte da responsabilidade referente à assistência primária em saúde é das províncias. Cada uma delas e os territórios planejam, organizam e financiam os cuidados - básicos e necessários - a serem prestados nos serviços públicos de saúde, considerando o perfil epidemiológico e demográfico de seus residentes (CANADA, 2011).

⁴⁰ O Poder Judiciário tem a função de garantir a efetividade dos direitos, individuais e coletivos previstos na Constituição Federal de 1988 e outros documentos. É composto pelo Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Tribunais Regionais Federais e juízes federais, estaduais, do DF, dos territórios, do Trabalho, Eleitorais e Militares (BRASIL, 2007a).

O ente federal é responsável pela prestação de serviços especializados, a exemplo da aprovação e regulamentação de medicamentos, e deve oferecer assistência à saúde a grupos específicos da população, entre eles os descendentes de inuits, das primeiras nações, membros e veteranos das Forças Armadas e da Real Polícia Montada Canadense (ROMANOW, 2002).

O sistema de saúde canadense tem dois setores: o público e o privado. São diferenciados, especificamente, pelo tipo de cuidado oferecido (CANADA, 2011).

O setor público tem como porta de entrada a atenção primária em saúde e oferece a prestação direta de cuidados primários referentes à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, urgência e emergência, saúde mental, fase final de vida, desenvolvimento saudável da criança e maternidade, dentre outros, além de realizar e coordenar os encaminhamentos aos outros níveis de atenção, a fim de garantir a continuidade e integração dos cuidados (CANADA, 2011).

O setor privado oferece serviços não cobertos pelas províncias e territórios. São aqueles de maior complexidade, que requerem especialistas e uso de tecnologia avançada. O pagamento por esses serviços é realizado pelo indivíduo diretamente ao prestador ou por meio do benefício concedido pela empresa ao trabalhador (ROMANOW, 2002).

O cuidado contínuo de saúde é oferecido - em residências e lares especializados - aos idosos que não necessitam de internação hospitalar. Há um gradativo aumento da prestação de cuidados paliativos e assistência domiciliar (ROMANOW, 2002). A relevância dessas ações tem sido reafirmada, recentemente, pelo Plano de Ação Decenal - adotado em 2004 para melhorar a assistência à saúde - estabelecendo diversas prioridades entre elas, a cobertura pública para a assistência domiciliar e cuidados no final da vida, além de alternativas para internações de longa permanência (OPAS, 2012b).

1.3.1 O direito à saúde na Constituição Canadense

O Canadá tem sua origem dividida entre o Reino Unido e a França. Possui uma constituição escrita do ano de 1867, com uma série de documentos constitucionais a contar do Ato da América do Norte Britânica (British North America Act) que originou o próprio país. Esse ato criou a federação, as províncias, o parlamento federal e as Assembleias provinciais dispendo os poderes do governo e garantindo a Quebec o reconhecimento de seu próprio sistema jurídico (SANTOS, 2007).

Apresenta 11 títulos, sendo que o Título I, com 2 artigos refere-se ao preâmbulo da Lei Constitucional de 1867. O Título II, dos artigos 3 a 8, trata da organização e construção da União e das províncias. O Título III, dos artigos 9 a 16, estabelece a organização, constituição e funções do poder executivo. O Título IV, dos artigos 17 a 57, dispõe sobre a organização, constituição e funções do poder legislativo. O Título V, dos artigos 58 a 90, elenca a organização, constituição e funções do poder executivo e legislativo nas províncias. O Título VI, dos artigos 91 a 95, detalha a distribuição dos poderes legislativos, ou seja, da autoridade legislativa do parlamento. O Título VII, dos artigos 96 a 101, aborda as disposições gerais da magistratura. O Título VIII, dos artigos 102 a 126, cita a tributação, receita, espólios e dívidas. O Título IX, dos artigos 127 a 144 trata de disposições gerais sobre diversos temas, dentre eles, a utilização dos idiomas inglês e francês no parlamento e assuntos específicos de responsabilidade das províncias de Ontário e Quebec. O Título X trata da via ferroviária, com o artigo 145, mas foi revogada. E o Título XI, com os artigos 146 e 147, menciona a admissão de novas colônias. A Lei Constitucional de 1867 contém ainda 6 anexos que estabelecem a divisão dos distritos eleitorais, obras e serviços públicos de propriedade de Ontário e Quebec, além de um juramento de fidelidade à monarquia britânica (CANADA, 2012).

No Título VI, chamam a atenção os poderes legislativos exclusivos das províncias que assumem a responsabilidade por 16 assuntos, dentre eles, a manutenção e gerenciamento de hospitais, asilos, instituições de caridade e instituições exceto hospitais da Marinha. Em cada província, o Legislativo pode criar leis exclusivas, em relação à educação, agricultura e imigração, respeitando algumas disposições pré-definidas (CANADA, 2012).

Em 1982, o Ato Constitucional de 1867, foi modernizado e reconheceu 25 documentos como constitucionais, dentre eles, a parte I - a Carta de Direitos e Liberdades Fundamentais - que engloba: as liberdades fundamentais, os direitos democráticos ou políticos, direitos de mobilidade, igualdade e garantia do aprendizado dos dois idiomas oficiais: inglês e francês (CANADA, 2012; SANTOS, 2007). A parte II refere-se aos direitos do povo aborígine que inclui os índios, inuits e métis; a parte III trata da equidade e das diferenças regionais. A parte IV, que dispunha sobre as conferências constitucionais, foi revogada; a parte V trata da aprovação das emendas constitucionais, ou seja, das alterações feitas na Constituição; a parte VI dispõe propriamente destas emendas e a parte VII, das disposições gerais (CANADA, 2012).

Ressaltamos, na parte II, o compromisso do parlamento e dos governos provinciais em: promover a igualdade de oportunidades para o bem-estar dos cidadãos; promover o desenvolvimento econômico a fim de reduzir a disparidade de oportunidades entre os canadenses

e garantir a prestação de serviços públicos essenciais de qualidade razoável para todos (CANADA, 2012). Nota-se que a saúde não é um tema explícito abordado na Constituição, mas é discutido pelos entes federativos conforme a necessidade de aprimoramento dessa assistência (ROMANOW, 2002).

Em 1957, o governo federal canadense, sob a Lei de Seguro Hospitalar e Serviços de Diagnóstico ou **Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (HIDSA)**, concordou em reembolsar as províncias com uma parte dos custos pela prestação da assistência hospitalar. Esse modelo foi iniciado na província de Saskatchewan e logo o governo encorajou a inclusão de serviços de saúde básicos e necessários. Assim, com a Lei da Assistência Médica de 1966 (**Medical Care Act**), houve a ampliação da cobertura de assistência médica, por meio de financiamento público e definição de critérios a serem cumpridos pelas províncias e territórios, para prestação da assistência primária à saúde e conseqüentemente, apoio orçamental federal para setor (CANADA, 2011; ROMANOW, 2002).

Em 1984, o **Medical Care Act** e o **HIDSA** foram substituídas e modernizadas pela **Health Canada Act**, que ficou conhecida como a Lei de Saúde do Canadá – Medicare. Ela garantiu a todos os cidadãos canadenses e residentes permanentes o direito ao seguro de saúde e aos serviços médicos necessários (CANADA, 2000; ROMANOW, 2002). A Lei determina que esses cuidados sejam oferecidos por meio do seguro de saúde, seguindo os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e portabilidade que salvaguardam a assistência à saúde em caso de mudança de província, emprego ou benefícios do seguro desemprego ou assistência social. Além disso, o sistema de saúde é público, financiado por meio do pagamento de impostos sendo administrado por funcionários públicos ou eleitos (BERNARD, 1993; CANADA, 2000; ROMANOW, 2002).

1.4 A organização atual do sistema de saúde cubano

A saúde é um direito social inalienável, garantido pelo Estado que regula, financia e presta todos os serviços do setor, por meio do Sistema Nacional de Salud (SNS) e o Ministerio de Salud Publica dirige, executa e controla as políticas públicas de saúde (ALONSO; ZACCA, 2011; CAMELO, 2005). Mais de 60% das despesas orçamentárias são destinadas para saúde, educação, segurança social e atividades de bem-estar social, sendo assegurado à população, um nível básico

de ingestão de alimentos e fornecimento de bens essenciais, com tratamento diferenciado para grupos vulneráveis (OPAS, 2007b).

O Sistema Nacional de Salud é caracterizado pelo acesso universal e gratuito, pela intersectorialidade, centralização normativa e descentralização executiva. Conta com a participação popular e colaboração internacional (ALONSO; ZACCA, 2011; OPAS, 2007b). Os serviços médicos são prestados em três níveis de atenção, de acordo com a complexidade: atenção primária - fundamentada na figura do médico e enfermeira de família - secundária e terciária (CUBA, 2010).

As ações da atenção primária - ou nível primário de saúde - priorizam a prevenção de doenças e a promoção de saúde em todos os ciclos de vida, resolvem 80% dos problemas de saúde dos cubanos e são oferecidas setorialmente, nas policlínicas e consultórios dos médicos de família subordinados ao nível municipal. As ações do nível secundário tratam dos indivíduos enfermos, buscando prevenir complicações das doenças e reabilitação imediata, atendem 15% dos problemas de saúde e são oferecidos nos hospitais subordinados às províncias. As ações do nível terciário são direcionadas às sequelas e complicações das doenças e atendem 5% dos problemas de saúde e são oferecidas em instituições/hospitais especializados subordinados ao nível nacional (ALONSO; ZACCA, 2011).

O Sistema Nacional de Salud está estruturado em três níveis que correspondem às subdivisões políticas e administrativas do país: nacional, provincial e municipal. Os entes provinciais e municipais se subordinam às Assembleas Provinciales e Municipales dos governos locais de quem recebem o abastecimento e o financiamento para o setor, sendo que, cada província organiza o sistema de saúde nos muncípios. Com relação à prestação, os serviços estão estruturados em quatro níveis: nacional, provincial, municipal e setorial - oferecidos nas unidades ambulatoriais e hospitalares (ALONSO; ZACCA, 2011; OPAS, 2007b).

A rede de saúde conta com 215 hospitais que prestam assistência médica e social, a ofertar assistência preventiva, curativa e reabilitadora para toda a população. Essa rede caracteriza-se por uma integração de cuidados primários e hospitalares que tem sido fundamentais para alcançar resultados positivos e satisfatórios tanto no atendimento aos usuários quanto no ensino, pesquisa e na resolução dos problemas de saúde locais (CUBA, 2011; OPAS, 2007b).

1.4.1 O direito à saúde na Constituição Cubana

A Constituição da República de Cuba foi proclamada em 24 de fevereiro de 1976 e contém as reformas aprovadas pela Assembleia Nacional do Poder Popular, órgão supremo do poder do Estado que representa e expressa a vontade soberana do povo cubano (REPUBLICA DE CUBA, 1976).

Apresenta 15 capítulos, sendo que o primeiro, com 27 artigos, cuida dos fundamentos políticos, sociais e econômicos do Estado. O Capítulo II, dos artigos 28 ao 33, trata da cidadania. O Capítulo III, com o artigo 34, dispõe sobre direito dos estrangeiros no país. O Capítulo IV, dos artigos 35 a 38, estabelece as bases do direito à família. O Capítulo V, dos artigos 39 a 40, enfoca o direito à educação e cultura. O Capítulo VI, dos artigos 41 a 44, aborda o direito à igualdade. No Capítulo VII, dos artigos 45 a 66, estão elencados os direitos, deveres e garantias fundamentais. O Capítulo VIII, com o artigo 67, trata das condições do estado de emergência. O Capítulo IX, com o artigo 68, enfatiza os princípios de organização e funcionamento dos órgãos estatais. O Capítulo X, dos artigos 69 a 101, afirma as responsabilidades dos órgãos superiores do Poder Popular. O Capítulo XI, com o artigo 102, estabelece a divisão político-administrativa. O Capítulo XII, do artigo 103 a 119, menciona os deveres dos órgãos locais do Poder Popular. O Capítulo XIII, dos artigos 120 a 130, detalha o papel dos Tribunais e órgão fiscais. O Capítulo XIV, dos artigos 131 a 136, a organização do sistema eleitoral e o Capítulo XV, com o artigo 137, a reforma constitucional (REPUBLICA DE CUBA, 1976).

Observamos que aquele regime de governo, socialista, revela peculiaridades no papel do Estado para com a sociedade. Nesse sentido, destacamos o artigo 9 do Capítulo I, que estabelece as responsabilidades do Estado, sempre a serviço do povo, para realizar suas vontades e trabalhar para que não haja família sem moradia digna. O Estado deve garantir que não haja: um cubano em condições de trabalhar sem oportunidade de obter um emprego que o permita ser útil à sociedade e satisfazer suas necessidades, doentes sem assistência médica, crianças sem escola, alimentação e vestimenta, jovens sem oportunidade de estudar e pessoas sem acesso a escola, cultura e esporte (REPUBLICA DE CUBA, 1976).

Também chama a atenção o Capítulo VI, que aborda o direito à igualdade, salvaguardando, a todos os cubanos, assistência em todas as instituições de saúde e também do papel e esforço do Estado para criar condições de manter o princípio da igualdade entre os cidadãos. O artigo 50 do Capítulo VII trata do direito de proteção à saúde, sendo o Estado garantidor da assistência médica e hospitalar gratuita, mediante uma rede organizada de instalações de serviços médicos rurais,

policlínicas, hospitais, centros de prevenção e tratamento especializado, assistência bucal e cooperação da população no planejamento e divulgação de atividades educativas de prevenção de doenças (REPUBLICA DE CUBA, 1976).

1.5 Uma comparação entre a forma pela qual o direito à saúde é garantido nas Constituições do Brasil, Canadá e Cuba e os seus sistemas de saúde

A raiz etimológica da expressão *saúde* deriva do latim *salus* (ALMEIDA FILHO, 2011; SILVA, 2008) que denota o atributo dos inteiros, intactos e íntegros (ALMEIDA FILHO, 2011) e, juridicamente, à conservação da vida e salvação, definida como um dos direitos sociais previstos na Constituição Federal Brasileira, de competência comum dos três entes federativos que se responsabilizam técnica e financeiramente pela prestação dos serviços de atendimento à saúde, obedecendo aos princípios de um sistema único (SILVA, 2008).

A expressão *saúde* têm vários significados e tem sido amplamente estudada por diversos filósofos, representantes de distintas escolas de pensamento, entre eles: Platão, Descartes, Kant, Canguilhem, Foucault, Gadamer, Samaja (ALMEIDA FILHO, 2011). Almeida Filho (2011), em sua obra *O que é saúde?* aborda algumas dimensões reconhecidas pelos autores supracitados e outros, discutindo a saúde como problema, fenômeno, medida, ideia, valor e campo de práticas.

Apesar dos amplos conceitos de *saúde*, aqui se utilizará, neste momento, a definição instituída pela Carta Maior Brasileira - de que é um direito reconhecido igualmente a todos - o que nos permite comparar a forma pela qual é salvaguardada, também, nas Constituições de Canadá e Cuba além de apontar os principais desafios de seus sistemas de saúde.

Mas cabe antes a questão: por que comparar? Segundo Conill et al. (1991, p. 229): “comparar é encontrar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, tendo em vista conhecer determinações, causalidades e inter-relações”.

A comparação entre os países revela evidências nacionais fundamentais que permitem interpretações que talvez não fossem possíveis ao se estudar as características de apenas um país. E podem-se observar diferentes níveis de participação do Estado no sistema de saúde (CAMELO, 2005).

A maneira pela qual o direito à saúde é tutelado na Constituição Cubana aponta que o Estado concentra seus esforços na redução das desigualdades sociais e garantia de acesso

universal e gratuito a todos os níveis de atenção e serviços de saúde, educação e alimentação. Sendo que os grupos vulneráveis da população são protegidos e beneficiados pelo Estado, salvaguardando-lhes condições mínimas de sobrevivência (REPÚBLICA DE CUBA, 1976).

A Constituição Canadense afirma o compromisso, especialmente das províncias, em garantir oportunidades iguais de desenvolvimento o que inclui a prestação de serviços públicos fundamentais (CANADA, 2012; ROMANOW, 2002; SANTOS, 2010a) - dentre eles, a saúde - semelhantemente ao papel do Estado cubano. A saúde, propriamente dita, não é referida em sua Constituição, mas é foco de debates quando são necessárias adequações para sua promoção e manutenção. Atualmente, a Lei de Saúde do Canadá, ou Medicare, responsabiliza-se pelos serviços médicos básicos e necessários, sendo que, nos demais níveis de atenção, os cuidados são oferecidos pelo setor privado mediante pagamento (ROMANOW, 2002). Entretanto, ainda há diferenças de equidade entre a população indígena e nas comunidades rurais e remotas, alvo das discussões acerca da melhoria do setor (OPAS, 2012b).

Nota-se que apesar de Cuba e Canadá assegurarem a assistência primária em saúde universal e gratuita, o primeiro responsabiliza-se pela cobertura de todos os tipos de cuidado e níveis de atenção. O segundo salvaguarda apenas a prestação dos serviços de saúde no nível primário.

Com o fim do socialismo europeu, a crise que atingiu Cuba na década de 90 - agravada pelo bloqueio econômico/social imposto pelos Estados Unidos (ALONSO; ZACA, 2011; GARCIA, 2011) - fez o país defender o regime socialista e realizar alterações para se adaptar à nova conjuntura internacional. Na área da saúde, a intensificação do uso da medicina natural foi uma das respostas à escassez de recursos e um forte processo de investimento foi desenvolvido para ampliar a extensão e a qualidade da assistência à saúde (GARCIA, 2011) - o maior desafio para a efetivação do direito à saúde em sua plenitude.

No caso do Canadá, a modernização do Medicare - em especial, a expansão da cobertura universal e renovação dos demais princípios, o fortalecimento da parceria entre os entes federativos e consequentemente, a restauração da confiança dos canadenses em seu sistema de saúde - se faz necessária para a consumação da prerrogativa do bem estar de seus cidadãos (ROMANOW, 2002).

Em relação ao Brasil, seu SUS - com a garantia de acesso a todos os níveis de atenção - está em processo de consolidação, uma vez que a universalização da saúde é relativamente recente (ELIAS, 2004; SOUZA, 2007).

Apesar das determinações legais quanto a este princípio, há grupos populacionais vivendo em condição de miséria e desinformação com dificuldades de acessar e se beneficiar das ações e

serviços de saúde, (BODSTEIN, 2002; COHN; ELIAS, 1999; MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JÚNIOR, 2005), mesmo com a adoção de ações sociais que visam garantir seus direitos sociais e estimular o exercício de sua cidadania (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JÚNIOR, 2005).

Os problemas relativos à estruturação e funcionamento do SUS são muitos e variados: a descentralização vem enfrentado obstáculos políticos e econômicos, o financiamento é insuficiente e, com isso, há problemas de utilização e gerenciamento dos recursos; a sociedade vem, lentamente, assumindo sua responsabilidade na implementação de políticas públicas, por meio de mobilização social e política (BRASIL, 2006b; CAMPOS, G., 2007; COHN; ELIAS, 1999). Portanto, o SUS tem enfrentado problemas nas três esferas administrativas: federal, estadual e municipal, assim como na tríplice prestação de serviços: atenção básica ou baixa complexidade, média e alta complexidade (SANTANA, 2010).

Além disso, o intenso processo de urbanização, associado aos diferentes níveis de escolaridade, ocupação e renda da população contribuem para realidades socioeconômicas diferenciadas em relação à assistência à saúde, principalmente no que se refere às demandas e necessidades de saúde (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2002a, 2006b; SILVA; LIMA, 2005). Essas condições aliadas às geográficas, políticas e culturais das regiões brasileiras também contribuem para a implantação desigual e heterogênea do SUS (CAMPOS, G., 2007).

Nesse sentido, o direito à integridade e à dignidade; o reconhecimento e respeito às distintas necessidades - condição para a igualdade de acesso aos cuidados/serviços de saúde - e as especificidades regionais brasileiras se destacam como desafios a serem superados (RIBEIRO, 2007), especialmente por meio da estruturação das redes de atenção e articulação dos serviços de saúde (OPAS, 2012a).

E enfrentar esses impasses - demonstrando a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde - é tarefa complexa, pois exige reconstrução de arranjos administrativos, diretrizes, estratégias e do arcabouço jurídico do sistema de saúde (CAMPOS, G., 2007).

Vale ressaltar que apesar de todas as dificuldades, o SUS vem - gradativamente - estruturando o sistema público de saúde no Brasil. No período de 1994 a 2006, houve expansão do número de equipes do Programa de Saúde da Família: de 300 para 26 mil, alcançando 44% da população brasileira. No período de 1995 a 2004, o número de exames por imagens aumentou 43,43% e o número de procedimentos de hemodiálise, 104,15%. No período de 1995 a 2003, o número de gestantes com quatro ou mais consultas de pré-natal subiu de 67% para 85%; a cobertura vacinal por DPT em crianças até 1 ano, de 80,5% para 98,6%; as consultas médicas por

internação hospitalar, de 27,2 para 38,9; os procedimentos de quimioterapia por mil habitantes, de 3,2 para 7,3 e as cirurgias cardíacas por mil habitantes, de 0,33 para 0,54. No período de 1997 a 2003, a taxa de mortalidade infantil caiu de 31,34 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos para 24,11 (BRASIL, 2006b).

Alguns Programas de Atendimento à Saúde, tais como o Programa Nacional de Imunização, o de Controle de HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplantes são reconhecidos mundialmente pela sua primazia e também tem contribuído para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006b).

Refletindo sobre a definição de Souza (2007), de que universalidade significa que o SUS é para todos e que a integralidade⁴¹ é tudo, é possível a Gestão Pública de Saúde garantir tudo para todos de maneira igual? Quais são os limites do direito de todos a tudo (SANTOS, 2010b)?

A implementação desses dois princípios - que pode se referir ao acesso a medicamentos, procedimentos médicos, exames complementares, consultas especializadas e internações hospitalares⁴² (COELHO, 2007) - esbarra, por exemplo, na relação entre gastos crescentes - devido à ampliação do acesso, envelhecimento da população, modernização da medicina - e recursos limitados no setor, pois os meios sempre serão finitos e as demandas, infinitas (SOUZA, 2007).

Adicionalmente, permite-nos, também, categorizar o direito à saúde em três vertentes: *individual, coletiva e difusa*. Segundo Ribeiro e Castro (2010, p. 290), a saúde pode ser um direito *individual* "na medida em que qualquer pessoa tem direito a sua integridade física e psíquica como consequência do seu direito de personalidade (...). Dispõe de ação e pode exercer pretensão objetivando a abstenção de comportamento de terceiros que venham a pôr em risco a sua saúde".

Segundo Alves (2013) e Zufelato (2011), pode ser um direito *coletivo* na medida em que pertencente à determinada classe de pessoas ou a um grupo específico que goza do mesmo benefício ou interesse. E ainda, *difuso*, quando a sua titularidade é indeterminável, sendo imensurável o que cabe a cada indivíduo. Ou seja, não é possível individualizar os sujeitos ou dividir algo a ser tutelado. Nesse sentido, a proteção do direito à saúde pode ser feita de maneira individual, coletiva ou difusa (ALVES, 2013).

⁴¹ Segundo Mattos (2006) e Giovanella et al. (2002), a expressão *integralidade* também é polissêmica e o seu sentido depende do contexto estudado. Na discussão deste trabalho, apontaremos as definições trazidas por esses autores. E neste momento, adotaremos a definição da *integralidade* estabelecido na Lei nº 8.080/90, artigo 7, inciso II, como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990a).

⁴² Importante mencionar que o direito à saúde - e os demais direitos sociais - são exemplos de direito a prestação material ou a utilidade concreta (bem ou serviço) devida pelo Estado e sujeita a condições de riqueza nacional, de acordo com a disponibilidade econômica do momento, o que se denomina *reserva do possível*. Muitas vezes, a escassez de recursos financeiros exige alocação de verbas, pode privilegiar um bem jurídico sobre outros e a satisfação desses direitos depende, dentre outros aspectos, do legislador, dos interesses envolvidos e do desenvolvimento da sociedade (MENDES; COELHO; BRANCO, 2008).

E, na perspectiva do direito à saúde como direito individual - e subjetivo - é que se estrutura a temática desta pesquisa. De acordo com Canotilho (2003), os direitos sociais podem contemplar uma dimensão subjetiva quando: “a partir da garantia constitucional de certos direitos, se reconhece simultaneamente o dever do Estado na criação dos pressupostos materiais indispensáveis ao exercício desses direitos e a faculdade de o cidadão exigir, de forma imediata, as prestações (...) desses direitos” (p. 477) e uma dimensão objetiva que exige uma atitude positiva do Estado “criando condições materiais e institucionais para o exercício desses direitos (...) fornecendo prestações ao cidadãos” (p. 476).

A seguir, por meio de um levantamento bibliográfico atual, contextualizaremos a problemática do estudo mencionado a normatização brasileira - a partir de 1988 - que busca implementar os princípios do SUS, traremos o significado da expressão “*judicialização*” e a recente percepção do fenômeno no Brasil e no cenário internacional.

2 Revisão de literatura

2.1 Contextualização social e normativa da problemática do estudo no Brasil

Em 1986, estimulado pelo movimento da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e membros da sociedade civil para uma discussão aberta sobre a reformulação do sistema de saúde no Brasil, por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde⁴³. Considerada um marco histórico da política de saúde, foi berço das proposições que tornariam as políticas públicas, especialmente a saúde, mais justas e igualitárias. Assim, nasceu a ideia de saúde como direito universal garantida pelo Estado (BAPTISTA, 2005; CNS, 1986; RAEFFRAY, 2005) no cenário brasileiro.

Em 1987 e 1988, a Assembleia Nacional Constituinte iniciou a discussão para elaborar uma nova Constituição para o país, baseada no relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Entretanto, suas propostas não se concretizaram imediatamente e o Ministério da Previdência e Assistência Social, em conjunto com algumas secretarias estaduais de saúde, constituíram o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS (BAPTISTA, 2005; HEIMANN et al., 2000; RAEFFRAY, 2005).

Considerado um dos maiores avanços no processo de descentralização da saúde, o SUDS englobava um conjunto de diretrizes que se consolidariam como as premissas deste processo: a universalização da assistência, a equidade no acesso ao sistema, a integralidade dos cuidados de saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços, a descentralização das ações e da gestão do sistema, o desenvolvimento de distritos sanitários, de instituições colegiadas gestoras e uma política de recursos humanos focada nesses princípios. E destaca-se que a garantia da democratização do acesso era o seu maior objetivo (HEIMANN et al., 2000). Nesse sentido, a criação do SUDS se apresentou como uma estratégia fundamental para a introdução e construção do SUS (BAPTISTA, 2005; NEGRI, 2002; RAEFFRAY, 2005) principal política pública - ou de Estado - para o setor da saúde (ELIAS, 2004).

⁴³ O relatório desta Conferência afirma que a saúde é "resultante de condições de alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde" e que o direito à saúde é uma conquista social cujo exercício implica a "garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 1986, p. 4).

Após a criação do SUS - por meio da Carta Maior - várias iniciativas legais vem tentando atualizar, articular, implementar e operacionalizar os princípios constitucionais que regem o direito à saúde (AGUIAR, 2011; BRASIL, [2013]; VENTURA, 2011a). Neste âmbito destacam-se vários documentos oficiais:

- . as Leis Orgânicas da Saúde: nº 8.080 e nº 8.142 de 1990,
- . o Decreto nº 99.438 de 1990 (revogado pelo Decreto nº 5.839 de 2006),
- . as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas em 1991/1992, 1993, 1996,
- . a Lei nº 9.782 de 1999,
- . a Lei nº 9.836 de 1999,
- . a Emenda Constitucional nº 29 de 2000,
- . a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001/2002,
- . a Lei nº 10.424 de 2002,
- . a Lei nº 11.108 de 2005,
- . a Resolução nº 399 de 2006,
- . o Decreto nº 7.508 de 2011,
- . a Portaria nº 2.488 de 2011, dentre outras.

A Lei nº 8.080/90 determinou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990a), e a Lei nº 8.142/90 regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área (BRASIL, 1990b). O Decreto nº 5.839/06 estabeleceu a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006c).

As NOBs tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, em específico das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área e voltaram-se, mais direta e imediatamente, para a definição de critérios e estratégias que orientaram a operacionalidade do SUS, em especial no que diz respeito à descentralização, ou seja, ao repasse dos recursos do governo federal para os estados e os municípios (AGUIAR, 2011, BODSTEIN, 2002; BRASIL, 1996a; SILVA; LIMA, 2005).

A Lei nº 9.782/99 definiu as funções do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999a). A Emenda Constitucional nº 29/2000 assegurou os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000; DELDUQUE; BARDAL, 2008; FERRAZ; VIEIRA 2009). A Lei nº

9.836/99 acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080/90, instituindo o subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 1999b).

As NOAS 01/02 se propuseram a promover maior equidade e facilidade de acesso aos usuários do SUS por meio do fortalecimento da regionalização em saúde, sendo esta fundamental para a consolidação dos demais princípios do SUS. Trouxeram como estratégia mais relevante a elaboração do Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2001a; SILVA; LIMA, 2005).

A resolução nº 399/06 divulgou o Pacto pela Saúde - derivado de um amplo pacto nacional - em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão visando promover mudanças nos processos e instrumentos de gestão, por meio de reformas institucionais consentidas entre as três esferas do governo (BRASIL, 2006d).

A Lei nº 10.424/02 acrescentou capítulo e artigo à Lei nº 8.080/90 regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002b). A Lei nº 11.108/05 alterou a Lei nº 8.080/90 garantindo às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS (BRASIL, 2005a).

O Decreto nº 7.508/11 regulamentou a Lei nº 8.080/90 dispondo sobre: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre os gestores municipais, estaduais e federais (BRASIL, 2011b), acrescentando novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. Dentre esses novos elementos, estão: a relação nacional de ações e serviços de saúde e de medicamentos essenciais; o mapa da saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de saúde; as regiões de saúde; a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da saúde. Este último instrumento tem a função de definir as responsabilidades no SUS entre os entes e permite a organização de diretrizes, metas e indicadores com transparência e em prazos estabelecidos, a fim de efetivar o direito à saúde da população (BRASIL, 2011c).

E a Portaria nº 2.488/11 aprovou a revisão da Política Nacional da Atenção Básica ao dispor sobre a necessidade de revisão das diretrizes e adequação das normas para a organização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, substituindo a Portaria nº 399/06 (BRASIL, 2011a).

Cabe destacar que toda a legislação decorrente da implantação e implementação do SUS sustenta-se em seus princípios diretivos e organizativos, tendo como premissa a saúde como direito humano fundamental.

2.2 A etimologia da expressão “judicialização”

O termo *judicialização* deriva de *judicial* que se origina do latim *judicialis* empregado para indicar os atos ou todas as coisas que se fazem na esfera judicial segundo a autoridade do juiz e que pertence à justiça (SILVA, 2008). A expressão tem vários significados e tem sido estudado pelas ciências políticas⁴⁴ e sociais⁴⁵ que inclui o Direito (BORGES; UGÁ, 2009; CARVALHO, 2004; MACIEL; KOERNER, 2002). De maneira geral, é mais utilizada em seu sentido normativo⁴⁶ de apreciação do Poder Judiciário, do que em seu sentido social e político que se traduz simplesmente em um aumento do número de ações judiciais ou em expansão, no aspecto qualitativo, da garantia da efetividade dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988 (MACIEL; KOERNER, 2002).

O fenômeno da Judicialização no Brasil passou a ser discutido após a promulgação da Carta Maior, que viabilizou e ampliou a participação do Poder Judiciário nos processos decisórios, nas relações sociais e políticas, sob a influência da obra organizada por Tate e Vallinder⁴⁷, a qual analisa as causas de um dos tipos da Judicialização, a da política (BORGES; UGÁ, 2009; CARVALHO, 2004), ainda estudada amplamente por Teixeira⁴⁸ e Castro⁴⁹. Autores tais como, Vianna et al.⁵⁰ se dedicam também à Judicialização das relações sociais e outros à da saúde, que serão referenciados pontualmente no decorrer desta pesquisa.

2.3 A recente percepção do fenômeno da Judicialização da Saúde no Brasil

As primeiras demandas solicitadas ao Poder Judiciário, na década de 90, eram basicamente de medicamentos para tratar o HIV/Aids (BRASIL, 2005b; MESSEDER; CASTRO; LUIZA,

⁴⁴ Estudam os fenômenos políticos a partir das teorias políticas, do Estado, dos partidos, grupos e opinião pública e relações internacionais (VÁSQUEZ, 2009).

⁴⁵ Estudam os fenômenos humanos buscando sua compreensão a partir da descrição e explicação dos acontecimentos e relações sociais (NIGRINI; LLANOS, 2009).

⁴⁶ Que se refere à norma jurídica, ou seja, regras ou preceitos que devem ser respeitados (SILVA, 2008).

⁴⁷ Tate, C. N. Why the expansion of Judicial Power. In: Tate, C.; Vallinder, T. The global expansion of Judicial Power. New York: New York University Press, 1995.

⁴⁸ Teixeira, A. A judicialização da política no Brasil (1990-1996). Dissertação (mestrado) Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 1997.

⁴⁹ Castro, M. F. O Supremo Tribunal Federal e a Judicialização da política. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 12, n. 34, jul. 1997.

⁵⁰ Vianna, L. J. W. et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Renavan, 1999.

2005; SANT'ANA, et al., 2011a; VENTURA et al., 2010). Porém, a consolidação do Programa Nacional de DST e Aids, em 1996, promoveu a incorporação de novos medicamentos com acesso gratuito⁵¹ e consequentemente, redução das ações judiciais pleiteando-os (MESSEDER; CASTRO; LUIZA, 2005).

Apesar da diminuição dessas solicitações pontuais nos anos 90, atualmente, a incorporação tecnológica no campo da saúde cada vez mais intensa, a maior disponibilidade de informações acerca de novos medicamentos, exames e procedimentos, aliadas à falsa sensação de segurança que esses avanços conferem aos profissionais de saúde e ao fascínio que despertam nos usuários, têm contribuído para a Judicialização da Saúde, a qual não envolve apenas profissionais do direito, mas igualmente, os gestores/prestadores e profissionais de saúde, além da sociedade civil (BORGES; UGÁ, 2009; NUNES, 2010).

De acordo com Scheffer (2009), esse fenômeno é, de maneira geral, consequência do amadurecimento e da organização da sociedade, das políticas estatais, da estruturação da administração pública, da atuação dos profissionais de saúde e das necessidades dos usuários. Mehry et al. (2007) completam que essas se referem, dentre outros aspectos, à garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, além da autonomia e autocuidado em suas escolhas, sempre que possível.

Os usuários do sistema de saúde - público e privado - recorrem à via judicial, para pleitear o cumprimento de uma determinada conduta prescrita pelo médico, após ter sido negada pelo gestor/prestador (BELLATO et al., 2012; VIANNA; CLARK, 2010) e na maioria das vezes, o Poder Judiciário obriga a sua viabilização (VIANNA; CLARK, 2010). Essa via implica submeter à Justiça questões que envolvem a efetividade de um dos direitos fundamentais da vida: o direito à saúde (BALESTERO, 2011; MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011; GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010).

Considerando que o direito à saúde é uma proposição fundamental para o exercício dos outros direitos e termômetro do desenvolvimento econômico e social de um país (MACHADO, 2009), corre-se o risco de entender que a solução para as dificuldades do sistema de saúde está no Poder Judiciário, quem interferirá na política pública de saúde e certamente não poderá suprir todas as carências individuais em detrimento das necessidades coletivas (BALESTERO, 2011; LINS, 2010). Isso porque as decisões judiciais contra a Gestão Pública de Saúde envolvem recursos públicos que financiam o setor (BORGES; UGÁ, 2009).

⁵¹ O acesso gratuito se deu por meio da Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996b).

Vale dizer que, apesar da discussão entre carências individuais e necessidades coletivas, o fenômeno pode beneficiar, por exemplo, portadores de doenças raras⁵² - geralmente excluídos das políticas públicas de saúde - que só poderiam ter seu direito à assistência farmacêutica garantido por meio das demandas judiciais (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011; SANT'ANA et al., 2011a; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

A literatura científica desvela duas vertentes principais para a compreensão da relevância da Judicialização da Saúde. A primeira aponta a busca judicial individualizada como um percalço à Gestão Pública de Saúde que interfere na distribuição racional, eficiente e justa dos escassos recursos financeiros no setor e na organização das políticas públicas para toda a sociedade (BARROSO, 2008; BORGES; UGÁ, 2009, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; FERRAZ; VIEIRA, 2009; FLEURY, 2012; GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008; MACHADO, 2008, 2009; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012; SANT'ANA et al., 2011a; VIEIRA, 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). A segunda sinaliza que esse caminho pode servir como indutor para reorganização do sistema público de saúde (BORGES; UGÁ, 2009; MACHADO, 2008; MACHADO et al., 2011; SANT'ANA et al., 2011a).

Nesse sentido, essa possibilidade pode ser fruto do exercício da cidadania (FLEURY, 2012; MACHADO et al., 2011; MARQUES, 2008; MESSEDER; CASTRO; LUIZA, 2005; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012; SOARES; DEPRÁ, 2012; VENTURA et al., 2010). Leite e Mafra (2010) indicam, ainda, que a via judicial pode-se configurar como produto de favores ou relações de amizade que vão em direção oposta àquela cuja perspectiva é da condição de cidadão.

Quando a Atenção Básica funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2009a). Entretanto, dados de uma pesquisa do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça⁵³ revelam que, atualmente, tramitam 240.980 ações de saúde na Justiça Brasileira. A maior parte refere-se a pedidos de medicamentos e procedimentos médicos pelo SUS, vagas em hospitais públicos que são solicitadas por usuários do sistema público e privado de saúde. As piores

⁵² Importante mencionar que a Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprovando as diretrizes para atenção integral a esse público no SUS e instituindo incentivos financeiros de custeio. Seus principais objetivos são garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde para reduzir a morbidade e mortalidade; estabelecer diretrizes de cuidado em todos os níveis de atenção; proporcionar a atenção integral à saúde na Rede de Atenção à Saúde; ampliar o acesso universal e regulado; garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades e qualificar a atenção a esse público no Brasil (BRASIL, 2014).

⁵³ O Conselho Nacional de Justiça foi criado pela Emenda Constitucional nº 45 de 30/12/2004 e segundo o artigo 103-B parágrafo 4º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 “compete ao Conselho o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes, por meio de elaboração de relatório estatístico semestral sobre processos e sentenças proferidas, por unidade da Federação, nos diferentes órgãos do Poder Judiciário e elaboração de relatório anual, propondo as providências que julgar necessárias, sobre a situação do Poder Judiciário no país, entre outras atribuições” (BRASIL, 2004).

situações são observadas nos estados do Rio Grande do Sul com 113.953 ações judiciais, seguidos por São Paulo com 44.690 e Rio de Janeiro com 25.234 (EXISTEM..., 2011).

O elevado número desses processos pode significar maior conscientização sobre o direito à saúde? Pode ainda indicar maior facilidade de acesso ao Poder Judiciário? Aquele usuário do sistema de saúde que não tenha a clareza quanto ao seu direito à saúde e apresente dificuldades de acesso à justiça, teria garantido o seu direito à saúde apenas pelas políticas públicas?

E embora os usuários expressem um mundo de necessidades muito abrangente (MEHRY et al., 2007) e as organizações públicas estimulem a sua participação na implementação das políticas sociais (BALESTERO, 2011; BRASIL, 2002c, 2006c), pode-se questionar se a Judicialização expressa as fragilidades do Sistema Público de Saúde em efetivar a universalidade e equidade como princípios constitucionais ou é um recurso para o seu fortalecimento?

Nota-se, assim, que o Poder Judiciário é um dos atores sociais garantidores da concretização dos direitos sociais, em especial, a saúde, por meio das políticas públicas (BORGES, 2009; FLEURY; OUVÉNEY, 2008) fundamentado na Constituição Federal e esta tem sido um dos meios que respaldam as tomadas de decisão referentes à efetivação do direito à saúde (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009; MARQUES, 2006; MARQUES; DALLARI, 2007; SOUZA et al., 2012).

Nesse sentido, há outras ferramentas e critérios utilizados pelos profissionais envolvidos no contexto da Judicialização da Saúde no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo (cenário desta pesquisa) para analisar as demandas⁵⁴ solicitadas?

As demandas podem ser pleiteadas em caráter coletivo ou individual, pelo Ministério Público que atua como um advogado da sociedade e de seus indivíduos, servindo de intermediário entre o direito à saúde e a sua efetivação, determinada pelo Poder Judiciário (BORGES, 2009). Uma de suas funções, de acordo com o artigo 129 da Constituição Federal, é: “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (BRASIL, 2007a, p. 40).

Pelo teor do artigo 127, o Ministério Público é:

Uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses coletivos e individuais indisponíveis. Tem autonomia orçamentária, administrativa e funcional, gerindo os recursos que lhe são destinados pelo orçamento e atuando, com independência funcional, sem qualquer subordinação, exceto à Constituição Federal e legislações vigentes (BRASIL, 2007a, p. 40).

⁵⁴ Ato pelo qual o indivíduo confia ou entrega ao julgamento da justiça a solução de um direito que se encontra prejudicado ou ameaçado, formulando assim o seu pedido. Demandar significa pedir judicialmente (SILVA, 2008).

No plano funcional, é integrado por membros, servidores e estagiários, sendo que, dentre os primeiros estão os Promotores⁵⁵ e os Procuradores de Justiça⁵⁶ e os demais constituem os serviços auxiliares (BRASIL, 2007a).

2.4 A Judicialização da Saúde no cenário internacional

A busca por evidências científicas internacionais - na forma de artigos científicos - que abordam o tema baseou-se na permuta dos descritores: right to health, judicial decision, health advocacy e patient advocacy nas bases de dados Lilacs, Pubmed e Web of Science, no período de 1990 a 2013.

Verificamos que a literatura internacional trata da Judicialização da Saúde considerando questões referentes aos direitos reprodutivos e sexuais, tais como: aborto, inseminação e fertilização artificial, doação de gametas, restauração da virgindade, tratamento da dor sexual, direito dos adolescentes portadores de DST em decidir sobre o seguimento sem o consentimento dos pais.

O direito à saúde também é discutido na perspectiva de formulação de políticas públicas especiais para deficientes, detentos e prisioneiros, doentes mentais, fumantes, idosos, imigrantes, incapazes, inconscientes, sem-teto, profissionais do sexo, soropositivos, terminais, transexuais, usuários de drogas, portadores de câncer, distúrbios neurológicos, doenças raras, problemas oculares, tuberculose, sobreviventes de tortura, bem como: a inclusão de atividade física, de orientação nutricional, de controle do uso do tabaco e da promoção de saúde, de maneira geral, nos sistemas de saúde.

O direito à saúde também versa especificamente acerca: do direito ao uso de terapias alternativas, plantas medicinais e medicina oriental; da substituição de opiáceos; da submissão a tratamentos médicos não reconhecidos ou aprovados bem como sua recusa, respeitando a autonomia e livre escolha do paciente; de critérios para decisão na internação involuntária ou de emergência; da retirada do suporte de vida pela equipe de saúde em casos específicos; da segurança do paciente.

⁵⁵ Os Promotores atuam como representantes da sociedade na defesa dos interesses individuais e sociais indisponíveis em 1ª Instância ou grau da Justiça, perante os juízes de direito em cada uma das comarcas ou foros distritais do estado, nas cidades que dispõem de unidade do sistema de justiça (SILVA, 2008).

⁵⁶ Os Procuradores atuam como representantes do Estado na defesa dos interesses individuais e sociais indisponíveis ou na 2ª Instância ou grau da Justiça, perante os desembargadores no Tribunal de Justiça (SILVA, 2008).

E também sobre: o direito à informação on-line e a esclarecimentos médicos sobre medicamentos; os direitos legais dos idosos, trabalhadores em geral e profissionais autônomos; o acesso direto à fisioterapia sem encaminhamento médico; o direito ao saneamento básico e saúde ambiental para controle de determinadas enfermidades; o impacto da política de austeridade e a necessidade de reformas em alguns sistemas de saúde.

São todos temas que dizem respeito a necessidades coletivas voltadas para tecnologias disponíveis, para consolidação de políticas de saúde ou para os determinantes sociais do processo saúde-doença, ou ainda para questões éticas e emblemáticas presentes no campo da saúde.

A literatura revela também que os usuários dos sistemas de saúde tem o direito de participar de associações de pacientes em prol da melhoria da assistência, de se queixar das atitudes dos profissionais de saúde, de expressar livremente suas opiniões sobre o atendimento recebido e de se defender em juízo por meio de smartphones.

Os descritores abarcam ainda questões relacionadas com: a atuação dos conselhos de saúde e dos serviços de ouvidoria, as características do arcabouço jurídico de alguns países referentes à proteção da saúde, a influência dos valores pessoais dos juízes e das intervenções governamentais nas tomadas de decisão, as concepções sobre saúde-doença que orientam os pronunciamentos das sentenças e a confiança dos impetrantes na advocacia e no sistema judicial em geral.

Muitos estudos tratam ainda de questões relacionadas aos direitos humanos - na perspectiva de tutela internacional - especialmente após a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Avaliando o teor dos textos internacionais, ousa-se inferir que o fenômeno da Judicialização da Saúde em outros países revela uma abordagem distinta da nacional. No Brasil, a via judicial é o caminho para a efetivação do direito à saúde que se resume basicamente, à solicitação de demandas individuais caracterizadas por medicamentos, aparelhos e insumos hospitalares. Presume-se que, nos países desenvolvidos, os recursos terapêuticos são fornecidos respeitando a organização de seus sistemas de saúde e a via judicial é acionada para a resolução de problemas referentes ao acesso aos serviços e cuidados de saúde de uma minoria excluída e para a deliberação de conflitos éticos relacionados à vida, saúde ou morte.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Considerando o quadro traçado e a contextualização nacional e internacional do fenômeno da Judicialização, este estudo tem por objetivo: “Analisar os elementos do processo de decisão e os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais dos cidadãos residentes em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, solicitados à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP.”

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1- Caracterizar as demandas solicitadas contra a Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP;
- 3.2.2- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos usuários residentes em Ribeirão Preto que pleitearam seu direito à saúde na referida Promotoria;
- 3.2.3- Identificar os agravos/doenças que acometem esses usuários;
- 3.2.4- Identificar e caracterizar os serviços de saúde responsáveis pela solicitação das demandas;
- 3.2.5- Identificar e caracterizar as providências tomadas pela referida Promotoria; e
- 3.2.6- Identificar e analisar as ferramentas e critérios utilizados para análise das demandas solicitadas.

4 Percurso da investigação

Segundo os meios empregados, esta é uma pesquisa documental e de campo, realizada em um dos locais onde ocorre o fenômeno - onde são recebidas as solicitações das demandas individuais à Gestão Pública de Saúde - ou seja, na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Segundo os fins, será descritiva - pois serão reveladas, com a exatidão possível, as características da realidade (TOBAR; YALOUR, 2001; TRIVIÑOS, 2010).

Inicialmente, para responder aos objetivos desta pesquisa, foi utilizada a abordagem quantitativa. Posteriormente, a fim de encontrar explicações e compreender com maior clareza os achados quantitativos, a dinâmica do fenômeno da Judicialização em Ribeirão Preto e a prática dos profissionais envolvidos, foi utilizada a abordagem qualitativa (DESLANDES; ASSIS, 2002; TANAKA; MELO, 2004) por meio de entrevistas com os principais atores do processo da Judicialização. Nesse sentido, essa abordagem permitiu a complementaridade dos delineamentos, evitando neste estudo, as limitações da abordagem única e proporcionou a compreensão completa e aprofundada do objeto em estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim, com esta interação metodológica pretendeu-se ampliar os caminhos do pensamento para entender a construção do objeto individual e subjetivo - os procedimentos administrativos na Promotoria de acordo com as demandas dos usuários - e a sua inserção no coletivo (o sistema público de saúde) por meio da fundamentação concreta (Leis, Decretos, Normas, Resoluções e outras ferramentas e critérios que possibilitam sua interpretação) e análise das práticas e discursos dos atores (entrevistados) que participam do processo (DESLANDES; ASSIS, 2002).

4.1 O campo desta pesquisa

Ribeirão Preto integra juntamente com outros 25 municípios, o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII), sendo seu município sede. Possui um território de 652 km² com aproximadamente 559 mil habitantes, sendo o 9º município mais populoso do Estado de São Paulo. Situa-se entre a Grande São Paulo e a região central do país, próximo aos principais polos econômicos e tecnológicos do interior paulista, triângulo e sul de Minas Gerais. Apresenta um dos melhores padrões de vida do Estado e do Brasil, principalmente pelos indicadores de renda,

educação e saúde. Além disso, o percentual de domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água é de 99,09%; a coleta de lixo abrange 97,15% da população e a rede de esgoto atende pouco mais de 95% do número de domicílios (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A rede municipal de saúde é composta por estabelecimentos distribuídos pelos cinco distritos de saúde, dos quais: 27 Unidades Básicas de Saúde, 14 Unidades de Saúde da Família, 1 Posto de Atendimento Básico de pediatria e especialidades pediátricas; 1 Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) com serviços de Atenção Básica e especialidades; 2 UBDS com serviços de Pronto Atendimento, Atenção Básica e especialidades; 2 UBDS com serviços de Pronto Atendimento e especialidades; 1 Unidade de Pronto Atendimento; 4 Centros de Atenção Psicossocial; 03 Ambulatórios de Saúde Mental; 01 Núcleo de Gestão Ambulatorial; 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente e 02 Centros de Referência em Moléstias Infecciosas (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

A rede hospitalar conta com 15 instituições sendo que 71,5% dos leitos estão disponibilizados para o SUS. Esta estrutura de assistência à saúde e as demais características do município, o tornam polo regional de saúde e referência para os demais do DRS XIII, para outras DRS e também outros estados (RIBEIRÃO PRETO 2009).

Para sua organização, o Ministério Público divide o Estado de São Paulo em 15 Regionais ou Regiões Administrativas, cabendo destacar que esta divisão é diversa daquela apresentada na área executiva da saúde. A regional de Ribeirão Preto é composta por 61 municípios, dos quais 35 apresentam Promotoria de Justiça com um ou mais promotores. Os 26 sem Promotoria são atendidos pelos que a apresentam obedecendo a critérios internos de administração e organização. Por exemplo: Guataporã é um município atendido pela Promotoria de Ribeirão Preto, Barrinha e Dumont pela Promotoria de Sertãozinho, Pradópolis pela Promotoria de Guariba, Terra Roxa, por Viradouro etc. Judicialmente, o Estado de São Paulo apresenta Comarcas e Foros Distritais que integram as Circunscrições Judiciárias. Na regional de Ribeirão Preto, situa-se a 41ª Circunscrição Judiciária, que abrange Comarcas em Ribeirão Preto, Cajuru, Cravinhos, Jardinópolis, Pontal, Santa Rosa do Viterbo, São Simão, Serrana e Sertãozinho (SÃO PAULO, [2012]).

Como as demais localidades não apresentam Comarcas e Foros, o usuário que pleiteia, junto à Promotoria, um direito, tem sua solicitação encaminhada à Comarca mais próxima e especializada. Cada Comarca é composta pelas Varas Judiciais onde trabalham 1 ou 2 juízes, a depender de sua área de trabalho e são subdivididas mediante as especialidades: civil, criminal, família, trabalhista, eleitoral, fazenda pública, dentre outras (SÃO PAULO, [2012]).

O município de Ribeirão Preto apresenta uma Promotoria de Justiça com 21 promotores atuando nas áreas civil e criminal. A Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de

Ribeirão Preto, campo desta pesquisa, foi premiada pelo Ministério da Saúde e pela Advocacia Geral da União com o 2º lugar no I Concurso Nacional de Práticas Exitosas no Manejo da Judicialização e da Gestão de Acesso aos Bens da Saúde, durante o I Seminário Nacional de Direito à Saúde realizado em 2011 na capital federal, com a prática intitulada *"Implantação e aprimoramento de Comissões de Análises de Solicitações Especiais: avanços e desafios"*, desenvolvida desde 2002 (SÃO PAULO, 2012a).

Essa Comissão - a CASE - emite parecer técnico nos pedidos de ações judiciais enviadas pelo Ministério Público de Ribeirão Preto - SP, considerando o equilíbrio financeiro do setor da saúde⁵⁷, o que contribui com a diminuição do ajuizamento das ações.

O cadastro das ações judiciais impetradas contra o gestor estadual do SUS é feito em um sistema informatizado, construído em 2005, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, denominado Sistema de Controle Jurídico, que também permite acompanhar a decisão do poder Judiciário (CHIEFFI; BARATA, 2009). Esse cadastramento revela que: alguns Departamentos Regionais de Saúde, entre eles o de Ribeirão Preto, apresentam alto índice de ações judiciais (NAFFAH FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010).

Segundo relatos informais do representante da Promotoria Pública do município de Ribeirão Preto - SP⁵⁸, durante a fase de exploração do campo da pesquisa, 90% das ações judiciais são ajuizadas pelo Ministério Público e somente 10%, por advogados⁵⁹ particulares e pela Defensoria Pública⁶⁰. Segundo o registro pessoal deste agente público, em 2011, 923 ações foram ajuizadas contra a Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP - uma das vias de acesso à Justiça Brasileira - que abrange o atendimento ao município de Guataporã.

Ainda, de acordo com esta mesma fonte, a resolução de algumas ações judiciais depende de outras instituições, como por exemplo, as Varas da Fazenda Pública⁶¹ da Infância e Juventude⁶² e do Idoso⁶³. Outras vezes, são encaminhadas para os Tribunais Estaduais da cidade de São Paulo. Além disso, quando encerradas, podem tardar semanas para serem catalogados no arquivo,

⁵⁷ “Avanços e desafios da CASE visando a equidade e o aprimoramento da gestão do SUS” foi o título do trabalho premiado com o prêmio Mário Covas 2008, entre os 15 melhores de 184 trabalhos do Estado de SP na categoria Inovação e Gestão Pública, em parceria como DRS XIII e o HC da FMRP-USP- abril de 2009.

⁵⁸ Informação fornecida pelo representante da Promotoria, em Ribeirão Preto, 2012, durante a fase de exploração do campo da pesquisa.

⁵⁹ De acordo com o artigo 133 da Constituição Federal de 1988, o advogado é o profissional “indispensável à administração da justiça, sendo inviolável por seus atos e manifestações no exercício da profissão, nos limites da lei” (BRASIL, 2007a).

⁶⁰ De acordo com o artigo 134 da Constituição Federal de 1988, a Defensoria Pública é “instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados” (BRASIL, 2007a).

⁶¹ Local onde os juízes analisam questões relacionadas ao governo estadual (SILVA, 2008).

⁶² Local onde os juízes analisam as condutas delituosas cometidas por pessoas entre 12 e 18 anos de idade (SILVA, 2008).

⁶³ Local onde os juízes analisam questões relacionadas à terceira idade (SILVA, 2008).

localizado em Jundiaí, estado de São Paulo, o que inviabiliza sua análise - em tempo hábil - para a conclusão desta pesquisa. Tais fatores, aliados ao dinamismo operacional do Poder Judiciário, dificultam, também, a descrição das decisões dos juízes, que em sua maioria, são favoráveis aos usuários, segundo informação verbal do representante da Promotoria⁶⁴.

4.2 O objeto do estudo

Ponderando este conjunto de dados que configura o complexo quadro do processo da Judicialização da saúde, o objeto de estudo se constituiu dos procedimentos administrativos⁶⁵ para apuração de lesão a direitos individuais que descrevem as demandas solicitadas pelos cidadãos residentes no município de Ribeirão Preto - SP à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público desse município no período de novembro de 2012 a abril de 2013.

4.3 Coleta e fonte de dados: as etapas

Devido à natureza do objeto, este estudo foi realizado em duas etapas descritas a seguir.

1ª etapa:

Foi realizada análise documental tendo como fonte primária de pesquisa dados secundários - os registros dos procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais - na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP. Segundo Moreira (2006), a análise documental compreende a identificação, verificação e apreciação de documentos para determinado fim e pode ser utilizada na pesquisa quantitativa caso a finalidade do levantamento seja reunir dados essenciais para o estudo.

⁶⁴ Informação fornecida pelo representante da Promotoria, em Ribeirão Preto, 2012, durante a fase de exploração do campo da pesquisa. Note-se que o resultado final da ação judicial não é objeto desta pesquisa, de modo que a referência à informação do agente da promotoria é meramente complementar.

⁶⁵ Método para que se execute alguma coisa, “ação desenvolvida para que se consubstancie a coisa pretendida” (SILVA, 2008, p. 1102). Vale dizer, que o objeto deste estudo também pode ser denominado de *população*, pois corresponde ao “um conjunto de indivíduos ou objetos que apresentam pelo menos uma característica em comum” (FONSECA; MARTINS, 2011, p. 111).

As variáveis coletadas nesta etapa a partir dos referidos registros foram: sexo, data de nascimento, região de procedência, renda familiar, agravo/doença/situação que acomete o usuário, demanda solicitada, serviço de saúde responsável pela solicitação da demanda e providências tomadas pela Promotoria.

Classificaram-se e quantificaram-se as demandas - e os demais pontos dos objetivos específicos - em categorias, que segundo Bardin (2011), é um agrupamento de elementos com algo em comum. Este procedimento foi realizado por meio da leitura das solicitações das demandas nos procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais numeradas e protocoladas crescentemente conforme a entrada na Promotoria durante o período de coleta de dados, de novembro de 2012 a abril de 2013.

Para esta etapa foi utilizado um instrumento de coleta de dados construído para este fim específico (Apêndice A), que foi ajustado ao manusear e analisar os primeiros procedimentos administrativos:

A adaptação deu-se com a inclusão do item *data de recebimento da demanda no Poder Judiciário* pois, muitas vezes, essa data não correspondia à da real coleta dos dados, para estrito controle da entrada dos procedimentos na Promotoria no período estudado e também para a delimitação do período da coleta de dados.

O outro ajuste foi feito na questão 7, item a. Permutou-se a frase *Serviço de saúde onde foi realizado o diagnóstico* por *Serviço de saúde onde foi realizada a solicitação da demanda*, pois verificou-se que o local de diagnóstico da doença/agravo/situação que acomete o usuário não era relevante, neste momento do estudo, para traçar o perfil sócio demográfico do usuário, já que não constava como informação ou documento obrigatório para acessar a Promotoria. Ademais, inferiu-se que tal procedimento poderia ter sido realizado em local diferente da solicitação da demanda.

2ª etapa:

Após a coleta de dados referente aos registros das solicitações das demandas e de sua análise, foram produzidos dados primários por meio da realização de entrevistas com sujeitos envolvidos na Judicialização da Saúde no município, de forma a construir informações e aprofundar as reflexões acerca desse fato baseadas na ótica e nas práticas desses atores (CRUZ NETO; MINAYO, 2010; MINAYO, 2008).

Entre os diversos tipos de entrevista, utilizou-se a semiestruturada que segundo Triviños (2010), é um dos principais meios de se realizar a coleta de dados e favorece a descrição dos fenômenos, sua explicação e compreensão. Parte dos questionamentos básicos é fundamentada no

conhecimento teórico sobre o fenômeno e, à medida que são esclarecidos pelo entrevistado, podem surgir novas indagações que valorizam a presença do pesquisador, as experiências e pensamentos dos informantes. Cruz Neto (2010) refere que os questionamentos podem ser feitos por meio de perguntas abertas ou fechadas, que possibilitem ao informante discorrer sobre a indagação sem se restringir de todo a elas.

Foram realizadas segundo a constituição de uma amostra intencional, com profissionais - da área da saúde e jurídica - envolvidos diretamente com a Judicialização da Saúde no cenário da pesquisa, escolhidos não ao acaso, mas conforme critérios de representatividade na realidade estudada (THIOLLENT, 1997); acatando sua disponibilidade de local e data; entre os meses de junho e setembro de 2013. O tempo de duração das entrevistas variou de 39m15s a 01h46m.

Na seleção da amostra intencional, foram avaliados: o perfil dos entrevistados, a experiência profissional e o conhecimento da conjuntura apontada, optando-se pela utilização da técnica em cadeia de referência ou bola de neve ou snowball technique (GIL, 2012).

Nessa técnica, também definida como amostragem de rede, “é solicitado que os membros iniciais da amostra indiquem outras pessoas que preencham os critérios de seleção do estudo” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 226), de forma a identificar a percepção desses atores quanto às questões referentes à Judicialização da Saúde no município de Ribeirão Preto - SP.

Assim, “o primeiro participante selecionado fará a indicação do próximo entrevistado e esse, conseqüentemente, indicará outro e assim sucessivamente, até que a amostra intencional esteja devidamente composta” (GIL, 2012, p. 55-56).

O fluxograma a seguir retrata os profissionais entrevistados e suas respectivas indicações representadas pelas setas:

Figura 1 – Fluxograma para definição dos sujeitos entrevistados a partir das indicações

Inicialmente, foi realizada uma entrevista piloto - com um dos profissionais que, segundo as pesquisadoras, se enquadrava às condições predefinidas. A partir da realização dessa primeira entrevista pôde-se habilitar a entrevistadora para efetuar-las, estimar o tempo e verificar a necessidade de ajustes no roteiro de questões⁶⁶ - que foi incluída na amostra intencional e posteriormente analisada.

Essa entrevista ofereceu os primeiros subsídios teóricos para a compreensão dos planos de ação e condutas no fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 1985). Após a sua realização, selecionou-se, como informante-chave, o ator essencial no processo que acolhe as demandas individuais na Promotoria, o que contribuiu para a compreensão jurídica dos aspectos acima mencionados.

Após obter dos indicados consentimento em participar do estudo e responder às perguntas, a pesquisadora solicitou a eles nome, telefone ou endereço eletrônico de 1 ou 2 profissionais que, segundo suas avaliações, atendessem aos critérios de inclusão na amostra intencional. Respeitando as indicações, mais 6 profissionais foram entrevistados pela pesquisadora, perfazendo o total de 7 sujeitos de pesquisa. Neste momento, verificou-se a saturação dos dados com a repetição das indicações dos entrevistados e das respostas fornecidas.

Também é de se destacar que, tal qual previsto, os entrevistados foram pessoas que ocupam ou ocuparam função pública já há algum tempo, em cargo de chefia ou de alta responsabilidade, com nível universitário ou ainda mais elevado de escolaridade. Isso diminuiu riscos no procedimento, pois a atividade profissional, a independência e informação em relação ao consentimento para a entrevista resultou em maior esclarecimento desses atores acerca dos objetivos do estudo.

As entrevistas seguiram um roteiro (Apêndice B) que foi construído a partir de maior familiaridade e embasamento científico sobre o tema por parte da pesquisadora e da análise das solicitações das demandas. Foi organizado em 2 partes: na primeira, buscou-se identificar, brevemente, os entrevistados principalmente quanto a sua relação com o assunto abordado. Na segunda, procurou-se abarcar o discurso dos entrevistados acerca: do conceito de saúde-doença, da responsabilidade do sistema de saúde na saúde e na doença, do conceito de direito à saúde, da Judicialização da Saúde e de seu próprio trabalho no contexto avaliado.

⁶⁶ Importante dizer que não foram realizados ajustes no roteiro das entrevistas. Concluiu-se que os temas e as perguntas estavam alinhadas com os objetivos da pesquisa e com a literatura científica identificada na fase de revisão.

4.4 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conforme a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, alinhado à resolução nº 466/12, sendo aprovado em 22/10/2012 conforme o seu parecer consubstanciado (Anexo A).

Para a coleta de dados, na primeira etapa da pesquisa, solicitou-se a *dispensa* (Apêndice C) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), pois os dados coletados não foram utilizados para identificar, localizar e/ou contatar os usuários. Esses dados foram manipulados com rigor ético a fim de manter o sigilo da identidade dos usuários que solicitaram suas demandas à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP.

Os sujeitos que participaram da pesquisa foram aqueles que assinaram o TCLE, o qual esclarece todas as condições para o desenvolvimento da mesma. Não houve riscos diretos para os entrevistados, porque se trataram de pessoas, via de regra, acostumadas ao processo de informação sobre suas atividades, inclusive via opinião pública⁶⁷.

Vale dizer que, na apresentação dos recortes dos discursos, os sujeitos da pesquisa foram identificados pelo termo *entrevistado* seguido pela sequência numérica cardinal (1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7) conforme as entrevistas foram sendo realizadas.

4.5 Análise dos dados

1ª Etapa:

Os dados secundários coletados foram inseridos em uma planilha do programa Excel for Windows 2007, com dupla digitação e validação interna e posteriormente analisados considerando o cálculo da frequência simples das variáveis. Utilizou-se a estatística descritiva que, segundo Fonseca e Martins (2011, p. 101), “se constitui num conjunto de técnicas que objetivam descrever, analisar e interpretar os dados numéricos de uma população ou amostra”, por meio de tabelas ou gráficos que sintetizam os achados.

⁶⁷ Nota-se que, de momento, se pretendia entrevistar: o representante da Promotoria e o gestor; isso permite que o TCLE tenha uma linguagem um pouco mais técnica, o que facilita o esclarecimento e delimitação do consentimento no caso.

2ª Etapa:

Os dados discursivos obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram gravados, transcritos integralmente e interpretados observando-se a convergência e divergências das falas em relação aos sentidos identificados, assim como o inusitado destas, considerando alguns elementos da análise de conteúdo, que segundo Campos D. (2007) e Minayo (1994), consiste em elucidar o sentido e desvelar as intenções, por meio da descrição do conteúdo das mensagens, para que, reconhecendo o essencial, a pesquisadora possa inferir e interpretar os significados deste fenômeno sob a perspectiva dos agentes públicos envolvidos neste processo.

Para esta aproximação, dentre as diversas técnicas de análise de conteúdo, utilizou-se dos elementos da análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (...)” (MINAYO, 1994, p. 209). Então, a escolha por esta técnica se refere à possibilidade de compreender os significados das afirmações, opiniões e crenças dos entrevistados sobre o assunto em questão à luz do aporte teórico dos temas destacados.

De acordo ainda com Minayo (1994), este tipo de análise de conteúdo perpassa pela pré-análise dos documentos, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa, selecionam-se os registros a serem analisados, resgata-se o objetivo da pesquisa frente às evidências apontadas nas entrevistas e criam-se indícios que possam respaldar a interpretação final. Esta fase pode ser examinada por meio da:

- leitura flutuante, que exige contato extenuante com o material, impregnando-se de seu teor. Na medida em que as entrevistas foram realizadas, foram logo transcritas (digitadas) conforme o conteúdo gravado. Em seguida, foram lidas exaustivamente a fim de delinear as principais ideias das respostas fornecidas;
- da constituição do corpus que requer a organização dos dados a fim de responder às regras de validação, tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência⁶⁸ que foram utilizadas na leitura das 7 entrevistas transcritas;
- da formulação de novas possibilidades a partir das hipóteses e objetivos iniciais.

⁶⁸ A exaustividade deve contemplar “todos os aspectos levantados no roteiro”, a representatividade deve conter a “representação do universo pretendido”, a homogeneidade deve obedecer a “critérios precisos de escolha em termos de tema, técnicas e interlocutores” e a pertinência que se refere a compatibilidade dos achados com o objetivo da pesquisa (MINAYO, 1994, p. 209).

E assim, definem-se, as palavras-chaves/frase/tema, a delimitação do contexto para sua compreensão, os recortes dos discursos e a teoria que baseou sua análise, dentre outros aspectos (MINAYO, 1994). O Quadro 2 demonstra o percurso desta etapa de análise dos dados.

Palavras-chave/ /frase/tema (unidade de registro)	Delimitação do contexto para sua compreensão (unidade de contexto)	Recorte do discurso
Conceito de saúde e doença	Ter condição básica para sobreviver e realizar o que deseja na esfera sócio familiar	<i>“os requisitos (...) necessários para se ter saúde dizem respeito às questões de moradia, alimentação (...) dentro de um contexto que você consiga realizar aquilo que você deseja em termos de trabalho, em termos de... com a tua família, basicamente isso”. (Entrevistado 7)</i>

Quadro 2 - Percurso da primeira etapa da análise dos dados discursivos. Ribeirão Preto, SP, 2014

Ainda de acordo com a autora, na segunda etapa, explora-se o material a fim de codificá-lo, quantificá-lo e classificá-lo em categorias. Entretanto, essas condições não foram utilizadas integralmente nesta fase, uma vez que, formularam-se temas para a análise dos discursos, definidos a priori, articulados à revisão da literatura e ao quadro teórico.

E na terceira, os resultados obtidos podem ser submetidos a cálculos estatísticos e/ou permitir inferências que podem sugerir novas perspectivas teóricas (MINAYO, 1994).

O esforço de apresentação e análise dos dados se deu visando articular os resultados oriundos das duas etapas, bem como a contextualização do fluxo que se faz presente quando dos processos administrativos.

5 A conformação das demandas dos usuários

5.1 O fluxo das solicitações e as demandas dos usuários junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público em Ribeirão Preto – SP

Neste capítulo são apresentados dois grandes conjuntos de dados: o que se refere à conformação do fluxo para os procedimentos administrativos - fruto da aproximação ao campo da pesquisa e necessário para a compreensão da dinâmica das solicitações - e aquele que diz respeito às demandas propriamente ditas.

O contato com os procedimentos administrativos e a compreensão do fluxo das solicitações - ou do caminho percorrido pelas demandas solicitadas até a decisão final dos juízes em cada uma das Varas - permitiram elencar as demandas dos usuários que se referiram, de maneira geral, a produtos [medicamentos, aparelhos - principalmente os denominados **continuous positive airway pressure** ou pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e os **bilevel positive airway pressure** ou pressão positiva na vias aéreas a dois níveis (BIPAP) dentre outros - e seus complementos, insumos, fraldas, absorventes e dietas] e tratamentos específicos (sessões de oxigênio terapia hiperbárica) que contribuem para o controle de uma determinada enfermidade e, mais adiante, serão detalhadas.

5.1.1 O fluxo dos procedimentos administrativos

Tendo em vista a necessidade de identificar as especificidades das solicitações que adentram a Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP, buscamos apresentar o fluxo que pôde ser observado nesse processo.

O fluxo segue uma mesma lógica: os usuários procuram o Ministério Público para solicitarem suas demandas e são orientados por um funcionário a preencherem *o formulário de solicitações especiais* e *a declaração de hipossuficiência* e a trazer cópias de exames e documentos pessoais, receituário e relatório médicos.

O usuário retorna ao Ministério Público portando todos os documentos exigidos, que são então conferidos pelo funcionário. Em seguida, a solicitação da demanda é protocolada e recebe o

nome de *procedimento administrativo para apuração de lesão a direitos individuais*. Em seguida, o funcionário faz a triagem do *procedimento administrativo*, identificando a demanda.

O próximo passo é encaminhar os *procedimentos administrativos* para a Comissão de Solicitação de Análises Especiais (CASE) no DRS-XIII para avaliação e emissão de parecer técnico. Caso o parecer seja favorável à solicitação, o Promotor de Justiça ajuíza uma ação o que transforma o *procedimento administrativo* em ação judicial⁶⁹. Em seguida, a ação judicial é encaminhada às Varas correspondentes para apreciação de seus juízes e concessão de liminar⁷⁰ para atendimento da demanda pelo Estado ou município. Se a CASE emitir um parecer desfavorável à solicitação, o usuário é avisado por meio de uma correspondência, sendo orientado a enviar este parecer ao seu médico, que tem 60 dias para contestá-lo. Caso o médico prescritor envie resposta, a solicitação será novamente encaminhada à CASE para nova avaliação e emissão de outro parecer. Se o prazo não for respeitado, o procedimento administrativo é arquivado.

Cabe, entretanto, assinalar que a partir de janeiro de 2013, o DRS - XIII começou também a acolher as solicitações de medicamentos e dietas, por determinação da resolução nº 106 de 01 de novembro de 2012, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a qual dispõe que:

os documentos referentes ao processo de solicitação de medicamentos ou nutrição enteral por paciente deverão ser encaminhados preferencialmente para a Comissão de Farmacologia da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, podendo ser protocolados nos Departamentos Regionais de Saúde. Os documentos protocolados nos Departamentos Regionais de Saúde deverão ser encaminhados para a Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2012b, p. 30).

Com essa nova via de acesso, a partir dessa mesma data, a Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP passou a receber também - de acordo com a decisão do usuário - as demandas de medicamentos e dietas não autorizadas em processo descrito na resolução nº 106/2012.

Assim, para facilitar a compreensão, descreve-se a seguir, por meio de um fluxograma, o caminho das solicitações dos produtos e tratamentos solicitados contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP.

⁶⁹ Indica o exercício da ação e expressa o ato diante do qual um indivíduo titular de um direito vem perante a justiça formular a demanda. Instituída para que se administre a justiça por meio dos princípios e regras jurídicas. Tem o mesmo significado de processo judicial (SILVA, 2008).

⁷⁰ Decisão judicial caracterizada pela ordem do juiz que indica cumprimento imediato da solicitação da demanda (SILVA, 2008).

5.1.1.1 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de medicamentos

5.1.1.2 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de aparelhos

5.1.1.3 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de fraldas e absorventes

5.1.1.4 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de dietas

5.1.1.5 O fluxograma dos procedimentos administrativos individuais referentes à solicitação de sessões de oxigênio terapia hiperbárica

5.2 Novo fluxograma das solicitações individuais

A partir de janeiro de 2013, houve uma alteração no fluxograma, como apontado a seguir, visando facilitar o entendimento da nova operacionalização das demandas no Ministério Público, conforme determinação da resolução nº 106/2012 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Em suma, notamos que a Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão - SP é uma das vias de acesso à Justiça Brasileira, conforme apontado anteriormente. Com relação ao fluxo das solicitações das demandas, de maneira geral, não há diferenças significativas. Há pequenas especificidades relacionadas à solicitação de fraldas que não menciona a marca do produto⁷¹ e à de aparelho de respiração artificial (CPAP), em casos nos quais o usuário apresenta o grau moderado ou grave da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)⁷². Nos dois casos, a solicitação da demanda - que depois de protocolada recebeu o nome de procedimento administrativo - é imediatamente transformada em ação judicial, sem a necessidade de avaliação técnica.

Finalmente, como já assinalado, até o mês de janeiro de 2013, somente a Promotoria acolhia as demandas solicitadas pelos usuários residentes nesse município; entretanto, após essa data, o DRS - XIII passou também a receber os pedidos referentes a dietas e medicamentos, na tentativa de oferecer o acesso por meio de uma via administrativa, diferentemente da via judicial. Apesar desta nova via de acesso, a Promotoria continua acolhendo as demandas de medicamentos, dietas, absorventes, aparelhos e complementos, fraldas, insumos e sessões de oxigênio terapia hiperbárica; já o DRS - XIII recebe apenas as solicitações de medicamentos e dietas.

5.3 Caracterização das demandas solicitadas

Traçados os fluxogramas, e agora lançando o olhar para as demandas dos residentes ribeirão-pretanos, verificamos que estas demandas - junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP, de novembro de 2012 a abril de 2013 - totalizaram 674 itens, referentes a: absorventes higiênicos, aparelhos (BIPAP, CPAP, bomba de infusão de insulina e sistema de frequência modulada-FM para perda auditiva), complementos dos aparelhos de respiração artificial (máscara, filtros, traqueia e sistema de umidificação), dietas, fraldas, insumos para aplicação de insulina (agulhas), para bomba de infusão (cateter, aplicador, reservatório, transmissor, sensor de glicose) e outros tipos (esfíncter urinário artificial, uripen e

⁷¹ É anexada a esta solicitação, uma certidão informando que em nome da CASE, não há necessidade de encaminhá-la para análise pois a compra obedece o menor preço, independente da marca do produto.

⁷² É anexada a esta solicitação uma certidão informando que não há necessidade de encaminhá-la para análise, tendo em vista a existência de protocolo a respeito que serve de subsídio para o tema.

colebag), medicamentos e sessões de oxigênio terapia hiperbárica, conforme pode-se observar pela Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Relação de itens solicitados contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP⁷³

Item solicitado	nº	%
Sessões de oxigênio terapia hiperbárica	01	0,1
Absorventes higiênicos	03	0,4
Insumos	12	1,8
Dietas	24	3,6
Aparelhos	99	14,7
Complementos para aparelhos	109	16,2
Medicamentos	201	29,8
Fraldas	225	33,4
Total	674	100

As fraldas constituem-se no item com maior número de solicitações, correspondendo a 225 (33,4%), seguida dos medicamentos, com 201 (29,8%) solicitações. Cabe destacar que o número total de itens solicitados, 674, é superior ao número total de usuários, 482. Isso se deve ao fato de que alguns usuários demandaram mais de um item por solicitação.

5.3.1 Caracterização do perfil sócio demográfico dos usuários

A análise dos procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais permitiu verificar que 482 usuários do sistema de saúde demandaram contra a Gestão Pública de Saúde, sendo 286 do sexo feminino e 196 do masculino.

Do número total de usuários, 481 são procedentes de Ribeirão Preto e 01 de Bonfim Paulista, distrito desse município.

Os usuários que mais demandaram encontram-se na faixa etária de 80 anos ou mais (25,7%), seguidos pelos da faixa etária de 70 a 80 anos (18,5%). Vale dizer que a apresentação dos resultados referentes a essa variável obedece a mesma divisão por faixas etárias do Relatório de Gestão de 2012 do município de Ribeirão Preto - SP. A seguir, a Tabela 2 revela o número total de usuários segundo a faixa etária.

⁷³ Fonte: Ministério Público de Ribeirão Preto, SP, 2012-2013.

Tabela 2 - Relação do número de usuários, segundo a faixa etária, que demandaram contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP⁷⁴

Faixa etária	Total de usuários	%
0 - 5	21	4,4
5 - 10	16	3,3
10 - 15	12	2,5
15 - 20	7	1,4
20 - 30	16	3,3
30 - 40	23	4,8
40 - 50	40	8,3
50 - 60	64	13,3
60 - 70	70	14,5
70 - 80	89	18,5
mais de 80	124	25,7
Total	482	100

Cabe apontar que, se considerada uma faixa etária mais larga (a dos 30 aos 60 anos), tem-se 26,4% dos demandantes ali alocados, indicando um grupo etário ainda em atividade laboral e que busca a possibilidade de atendimento de suas demandas para consumo de determinados itens, objetivando manutenção ou recuperação de sua saúde.

5.3.2 Identificação dos agravos/doenças que acometem esses usuários

O número total dos agravos correspondeu a 493, número maior do que o total de usuários, 482. Isso se justifica pelo fato de que 09 usuários demandaram junto à Promotoria por mais de uma vez, com agravos e itens diferentes a cada solicitação. A relação completa das morbidades - segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) - que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP, no período estudado, encontra-se no Apêndice E.

Os agravos mais comuns - segundo o CID-10 - independentemente da faixa etária, foram: transtornos episódicos e paroxísticos com 116 casos, outras doenças degenerativas do sistema nervoso com 61, doenças cerebrovasculares com 35, transtornos mentais orgânicos - inclusive os

⁷⁴ Fonte: Ministério Público de Ribeirão Preto, SP, 2012-2013.

sintomáticos - com 32, diabetes mellitus com 21, transtornos de comportamento e emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência e neoplasias malignas - juntamente com as de comportamento incerto ou desconhecido - com 19, transtornos da coróide⁷⁵ e da retina com 11, sinais e sintomas relativos ao aparelho urinário com 10 e as doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; assim como: retardo mental, paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; além de outras formas de doença do coração com 9 casos cada uma.

Com relação aos transtornos episódicos e paroxísticos, foram relacionados: epilepsia (G 40), outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas (G 40.0), síndrome da artéria vértebro-basilar (G 45.0), distúrbios do sono (G 47), apneia do sono (G 47.3) e distúrbio do sono não especificado (G 47.9). Nas outras doenças degenerativas do sistema nervoso foram descritas: doença de Alzheimer (G 30) de início precoce (G 30.0), tardio (G 30.1) e não especificada (G 30.9), outras doenças desse sistema não classificadas em outras partes (G 31), degeneração cerebral senil não classificada em outra parte (G 31.1), outras doenças degenerativas especificadas (G 31.8) e doença degenerativa não especificada (G 31.9).

As doenças cerebrovasculares abrangeram: hemorragia subaracnóide da artéria intracraniana não especificada (I 60.7); infarto cerebral (I 63); infarto cerebral: devido à oclusão ou estenose não especificada de artérias cerebrais (I 63.5), não especificado (I 63.9), acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou sistêmico (I 64); aneurisma cerebral não roto (I 67.1); aterosclerose cerebral (I 67.2); doença cerebrovascular não especificada (I 67.9); sequelas de doenças cerebrovasculares (I 69); sequela de: infarto cerebral (I 69.3), de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou sistêmico (I 69.4) e de outras doenças cerebrovasculares não especificadas (I 69.8).

Os transtornos mentais orgânicos - inclusive os sintomáticos - englobaram: demência na doença de Alzheimer (F 00) de início precoce (F 00.0), tardio (F 00.1) e de forma atípica ou mista (F 00.2), demência vascular (F 01) e não especificada (F 01.9) além de, em outras doenças classificadas em outra parte (F 02), demência na doença de Parkinson (F 02.3) e não especificada (F 03), além de transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F 09).

O diabetes mellitus abarcou o insulino-dependente (E 10), com complicações múltiplas (E 10.7) e sem complicações (E 10.9), o não insulino-dependente (E 11) com complicações múltiplas (E 11.7) e não especificadas (E 11.8), o diabetes mellitus não especificado sem complicações (E 14.9) e o diabetes insípido (E 23.2), que, apesar dessa denominação, é considerado um transtorno de outras glândulas endócrinas. Os transtornos de comportamento e emocionais que aparecem

⁷⁵ Coróide é a membrana vascular escura que forra a parte posterior do olho entre a esclerótica e a retina.

habitualmente durante a infância ou adolescência abrangeram os transtornos hipercinéticos (F 90) e o distúrbio da atividade e da atenção (F 90.0).

As neoplasias malignas compreenderam: neoplasia maligna do cólon (C 18), do reto (C 20), dos brônquios ou pulmões não especificado (C 34.9), da coluna vertebral (C 41.2), da mama (C 50) e não especificada (C 50.9), da próstata (C 61), da bexiga (C 67), do encéfalo (C 71), sem especificação de localização (C 80), linfoma não Hodgkin difuso (C 83.3); além das neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido referentes ao ovário (D 39.1), próstata (D 40.0) e encéfalo (D 43.1).

Os transtornos da coróide e da retina incluíram oclusões vasculares da retina (H 34) e da artéria retiniana central (H 34.1), além da degeneração da mácula e do polo posterior (H 35.3). Os sinais e sintomas relativos ao aparelho urinário foram descritos como incontinência urinária não especificada (R 32) em todos os casos, e as doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos foram representados pela doença de Parkinson (G 20).

O retardo mental incluiu o de intensidade leve (F 70), moderado (F 71), grave (F 72) e com comprometimento significativo do comportamento requerendo vigilância ou tratamento (F 72.1), além do não especificado (F 79) e sem menção de comprometimento de comportamento (F 79.9).

A paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas incorporaram a paralisia cerebral (G 80) e não especificada (G 80.9), hemiplegia espástica (G 81.1), tetraplegia flácida (G 82.3) e não especificada (G 82.5) além de outras síndromes paralíticas (G 83).

E as outras formas de doença do coração foram diagnosticadas como cardiomiopatia (I 42), cardiomiopatia dilatada (I 42.0), taquicardia supraventricular (I 47.1), flutter e fibrilação atrial (I 48), insuficiência cardíaca (I 50) e congestiva (I 50.0), além de outras afecções cardíacas em doenças classificadas em outra parte (I 52).

O Quadro 3 expõe a classificação geral dos agravos mais comuns identificados nas solicitações.

Classificação geral dos agravos mais comuns segundo o CID-10	nº de usuários	%
Transtornos episódicos e paroxísticos	116	23,5
Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	61	12,4
Doenças cerebrovasculares	35	7,1
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	32	6,5
Diabetes mellitus	21	4,3
Transtornos de comportamento e emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência	19	3,8
Neoplasias malignas e de comportamento incerto e desconhecido	19	3,8
Transtornos da coróide e da retina	11	2,2
Sinais e sintomas relativos ao aparelho urinário	10	2,0
Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	9	1,8
Retardo mental	9	1,8
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	9	1,8
Outras formas de doença do coração	9	1,8

Quadro 3 – Classificação geral dos agravos mais comuns, segundo o CID-10, que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP

Levando em conta, de maneira geral, tanto a distribuição por faixa etária quanto a descrição dos agravos mais comuns dos usuários, consideramos a necessidade de expor os agravos mais comuns - segundo o CID-10 - por faixa etária, conforme pode ser observado no Quadro 4.

Faixa etária	Total de usuários	Classificação geral dos agravos mais comuns segundo o CID-10	nº	%
0 5	21	Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	3	14,3
5 10	16	Transtornos de comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou adolescência	10	62,5
10 15	12		5	41,7
15 20	7		2	28,6
		Diabetes Mellitus	2	28,6
20 30	16	Transtornos episódicos e paroxísticos	5	31,2
30 40	23		13	56,5
40 50	40		22	55
50 60	64		34	53,1
60 70	70		24	34,3
70 80	89	Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	16	18
Mais de 80	124		38	30,6

Quadro 4 – Classificação geral dos agravos mais comuns, segundo o CID-10 e a faixa etária, que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP

Dos 21 usuários pertencentes à faixa etária de 0 a 5 anos, 3 foram diagnosticados com paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas representadas pela paralisia cerebral infantil (G 80), e por outras síndrome paralíticas (G 83).

Os demais agravos relacionados nessa faixa etária encontram-se nos subgrupos: dos transtornos de outras glândulas endócrinas; dos distúrbios metabólicos; do retardo mental, de transtornos episódicos e paroxísticos; de outras formas de doença do coração; das doenças do esôfago, estômago, duodeno e outras doenças do aparelho digestivo; outras afecções do aparelho urinário; transtornos respiratórios, cardiovasculares e outros específicos do período perinatal; das malformações congênitas do sistema nervoso, do aparelho urinário, do sistema osteomuscular e outras malformações congênitas e das pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação.

Dos 16 usuários da faixa etária de 5 a 10 anos incompletos, 10 foram diagnosticados com transtornos de comportamento e emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência, dentre os quais destacam-se os transtornos hipercinéticos (F 90) e o distúrbio da atividade e atenção (F 90.0). Os demais usuários enquadram-se nas subcategorias referentes: ao diabetes mellitus; ao retardo mental; à paralisia cerebral e a outras síndromes paralíticas.

De maneira semelhante, dos 12 usuários da faixa etária de 10 a 15 anos incompletos, 5 também apresentaram os transtornos de comportamento e emocionais acima citados e os demais apresentaram morbidades classificadas nos subgrupos: do diabetes mellitus, dos transtornos de humor e do desenvolvimento psicológico; da paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; de outros transtornos do ouvido; além de enterites e colites não infecciosas.

Dos 7 usuários da faixa etária de 15 a 20 anos incompletos, 2 apresentaram os transtornos comportamentais e emocionais da infância e adolescência anteriormente descritos e outros 2, diabetes mellitus representados pelo insulino-dependente sem complicações (E 10.9). Os demais agravos informados enquadram-se nas subdivisões: das neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e tecidos correlatos; da desnutrição e dos transtornos do rim e do ureter.

Os transtornos episódicos e paroxísticos representados pela epilepsia (G 40), síndrome da artéria vértebro-basilar (G 45.0), mas principalmente: pelos distúrbios do sono (G 47) não especificado (G 47.9) e a apneia do sono (47.3), foram as morbidades mais frequentes entre os usuários das faixas etárias de 20 a 30 anos incompletos, 30 a 40 anos incompletos, de 40 a 50 anos incompletos, de 50 a 60 anos incompletos e de 60 a 70 anos incompletos com 5, 13, 22, 34 e 24 usuários respectivamente.

As outras morbidades relacionadas entre os usuários de 20 a 30 anos incompletos referem-se às subcategorias: do diabetes mellitus, dos transtornos mentais orgânicos - inclusive os

sintomáticos - e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa; dos de humor, neuróticos e relacionados ao stress; do retardo mental; dos transtornos comportamentais e emocionais originários na infância ou adolescência; de doenças diversas do intestino e de sequelas de traumatismos, intoxicações e outras consequências das causas externas.

Entre 30 e 40 anos incompletos, também houve diagnósticos pertencentes a outros subgrupos: do diabetes mellitus, dos transtornos neuróticos relacionados ao stress; das doenças desmielizantes do sistema nervoso central, da paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; das afecções sistêmicas do tecido conjuntivo, de outras do aparelho urinário e sintomas e sinais relativos à cognição, percepção ao estado emocional e comportamental.

Os demais agravos descritos entre os usuários na faixa etária de 40 a 50 anos incompletos pertencem à subclassificação: das neoplasias malignas e daquelas de comportamento incerto ou desconhecido; diabetes mellitus; dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, da esquizofrenia e transtorno delirantes; do retardo mental, dos transtornos comportamentais e emocionais originários na infância ou adolescência, além dos episódicos e paroxísticos; da coróide e da retina; das doenças crônicas de vias aéreas inferiores e cerebrovasculares; das enterites e colites não infecciosas; das artroses e outras dorsopatias; de traumatismos do abdome, dorso, coluna lombar e pelve; de outros efeitos de causas externas e não especificados; além de pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde.

Os outros agravos elencados na faixa etária de 50 a 60 anos incompletos foram referentes às subcategorias de: hepatite viral; neoplasias malignas; diabetes mellitus; obesidade; transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos e devido ao uso de substância psicoativas; esquizofrenia; transtornos de humor; retardo mental; doença extrapiramidais e transtorno dos movimentos; outras doenças degenerativas do sistema nervoso; doença desmielinizantes do mesmo sistema; paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; transtornos da coróide e da retina; doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, das artérias, arteríolas e capilares; afecções de pele e do tecido subcutâneo; insuficiência renal; transtornos do rim e ureter e sintomas e sinais gerais.

Na faixa etária de 60 a 70 anos incompletos, foram relacionados os diagnósticos inseridos nos subgrupos de: micoses; neoplasias malignas; diabetes mellitus; distúrbios metabólicos; transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, delirantes e de humor; outras doenças degenerativas do sistema nervoso e desmielinizantes; transtornos episódicos e paroxísticos; paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; transtornos da coróide e da retina; doenças isquêmicas do coração; outras forma de

doença do coração; doenças cerebrovasculares das veias, dos vasos e gânglios linfáticos não classificadas em outra parte; doenças crônicas das vias aéreas inferiores; outras afecções de pele e do tecido subcutâneo; poliartropatias inflamatórias; artroses; doenças sistêmicas do tecido conjuntivo; insuficiência renal; outras doenças do aparelho urinário; sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório, respiratório e urinário e riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde.

Na faixa etária de 70 a 80 anos incompletos houve predomínio de outras doenças degenerativas do sistema nervoso, com 16 usuários portadores de: doença de Alzheimer (G 30), de início tardio (G 30.1), outras doenças degenerativas desse sistema não classificadas em outra parte (G 31) e não especificada (G 31.9).

Os demais usuários foram diagnosticados com morbidades referentes à subclassificação das: doenças hipertensivas e isquêmicas do coração; outras formas de afecções do coração; cerebrovasculares; das artérias, arteríolas e capilares; assim como das veias, vasos e gânglios linfáticos; dos transtornos episódicos e paroxísticos, dentre outros.

Na faixa etária composta por usuários com mais de 80 anos houve predomínio de outras doenças degenerativas do sistema nervoso, com 38 casos, representados pela doença de Alzheimer (G 30), tanto de início precoce (G 30.0), tardio (G 30.1), quanto não especificado (G 30.9); outras doenças degenerativas desse sistema não classificadas em outra parte (G 31) e não especificada (G 31.9), além da degeneração cerebral senil não classificada em outra parte (G 31.1).

Houve também o registro de agravos pertencentes aos subgrupos: das doenças hipertensivas e isquêmicas do coração; outras formas de doença do coração; afecções cerebrovasculares; agravos das veias, vasos e gânglios linfáticos não classificados em outra parte; dos transtornos mentais orgânicos - inclusive os sintomáticos - dos sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo, abdome e aparelho urinário; além dos sinais e sintomas gerais; da insuficiência renal; de outras doenças do aparelho urinário e dos órgãos genitais masculinos; das artroses; das espondilopatias; dos transtornos da densidade e da estrutura óssea, dentre outros.

5.3.3 Caracterização dos serviços de saúde responsáveis pela solicitação das demandas

As solicitações das demandas foram realizadas por diversos tipos de serviços de saúde, conforme pode ser observado pelo Quadro 5, no qual se relacionam as solicitações conforme o serviço de saúde onde o usuário recebeu atendimento.

Serviço de saúde	nº	%
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	01	0,2
Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE - SP*)	01	0,2
Hospital Santa Tereza (HST)	01	0,2
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	01	0,2
Ambulatório Regional de Nefrologia (ARN - Bebedouro**)	02	0,4
Hospital de Retaguarda São Francisco de Assis (HRSFA)	02	0,4
Hospital Santa Lydia (HSL)	02	0,4
Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM)	03	0,6
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)	03	0,6
Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde (SAD - SMS)	03	0,6
Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência (HSPB)	04	0,8
Núcleo de Saúde da Família (NSF)	04	0,8
Unidade de Saúde da Família (USF)	08	1,7
Sociedade Beneficência e Hospital Santa Casa de Misericórdia (SBHSCM)	09	1,9
Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de RP da USP (CSE da FMRP - USP)	10	2,1
Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS)	10	2,1
Hospital Electro Bonini (HEB)	11	2,3
Núcleo de Gestão de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde (NGA - SMS)	16	3,4
Unidade Básica de Saúde (UBS)	32	6,6
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de RP da USP (HC da FMRP - USP)	97	20,1
Outros	262	54,4
Total	482	100

Quadro 5 - Serviços de saúde responsáveis pelas solicitações das demandas contra a Gestão Pública de Saúde, junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP

Importante destacar que, na relação de serviços públicos responsáveis pelas solicitações das demandas, são enumerados o Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE – SP*) e o Ambulatório Regional de Nefrologia (ARN – Bebedouro**). Isso significa que 3 dos impetrantes passaram por consultas médicas na capital paulista e no município de Bebedouro, apesar de referirem residir em Ribeirão Preto – SP.

Inicialmente, tentamos diferenciar os serviços segundo sua natureza, ou seja, público, privado, convênio e outros. Entretanto, conforme os dados foram sendo coletados, verificamos que somente foi possível identificar os serviços *públicos* de saúde, que totalizaram 220 solicitações de demandas. Dentre esses locais, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi a instituição que mais indicou itens que geraram demandas - com 97 do total de 220 - seguidas pelas Unidades Básicas de Saúde do município, com 32.

As demais solicitações, 262, foram efetuadas por diferentes serviços de saúde (convênios, particulares, privados, etc) classificados como *outros*, pois os registros nos procedimentos administrativos não permitiram detalhar/especificar esse item da variável.

5.3.4 Caracterização das providências tomadas pela Promotoria

As providências tomadas pela Promotoria em relação aos 674 itens solicitados seguiram duas vertentes: 533 tornaram-se ação civil pública (ACP) com encaminhamento à Vara correspondente e concessão de liminar para seu fornecimento e 141 foram arquivadas, ou seja, não se tornaram ação civil pública, pois as solicitações foram indeferidas pela Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE) e o prazo de 60 dias para contestação desse parecer e envio de novas justificativas, por parte do médico prescritor, expirou.

Do universo total de itens solicitados, foi possível verificar o percentual das providências de acordo com a origem das demandas no sistema de saúde. A Tabela 3 evidencia essa condição.

Tabela 3 - Relação de providências tomadas pela Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, segundo o número de itens e a origem das solicitações no sistema de saúde, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP⁷⁶

Origem das solicitações no sistema de saúde	Providências tomadas segundo o número de itens					
	ACP		Arquivado		Total	
	n.	%	n.	%	n.	%
Serviço público de saúde	252	47,3	31	22	283	42
Outros	281	52,7	110	78	391	58
Total	533	100	141	100	674	100

Nota-se que, dos 674 itens solicitados, 283 foram requisitados pelos serviços públicos de saúde e 391 por serviços outros. Do primeiro universo, constatou-se que 252 itens tornaram-se ação civil pública e 31 itens foram arquivados. De maneira semelhante, os ajuizamentos de ações e as solicitações arquivadas para as demandas oriundas de outros serviços de saúde foram de 281 e 110, respectivamente.

5.4 Análise das demandas formuladas nos procedimentos administrativos

Numa rápida síntese, verificamos que a maioria do universo dos 482 usuários que impetraram uma demanda junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP foi composta por mulheres, maiores de 60 anos, residentes no próprio município e portadores de distúrbios do sono. Os usuários solicitaram um total de 674 itens - referentes a medicamentos, aparelhos e seus complementos, insumos, fraldas, absorventes, dietas, e sessões de oxigênio-terapia hiperbárica - dos quais 283 foram solicitados pelos serviços públicos de saúde e 391, pelos demais serviços. E ainda com relação ao número total de itens solicitados, 533 tornaram-se ação civil pública e os demais, 141, foram arquivados pela Promotoria.

Desta forma, os desfechos apontam que, com relação à variável *sexo*, houve predominância do feminino, responsável por 59,3% das solicitações, enquanto os usuários do sexo masculino efetuaram 40,7%, resultado semelhante aos revelados nos estudos de Campos Neto et al. (2012), Naffah Filho, Chieffi e Correa (2010), Machado et al. (2011) e Vieira e Zucchi (2007). Os últimos autores sugerem que esse percentual se justifica pela maior

⁷⁶ Fonte: Ministério Público de Ribeirão Preto, SP, 2012-2013.

consciência em relação à saúde - por parte das mulheres - bem como pela maior disposição a procurar caminhos para sua efetivação.

Do número total de usuários, mais da metade das solicitações - 58,7% - foi impetrada por aqueles com mais de 60 anos de idade, o que diverge dos achados de Vieira e Zucchi (2007) e Machado et al. (2011) que apontaram maior percentual de solicitações - 62,6% e 64,6% - impetradas por usuários de 0 a 59 anos. Ao se analisar especificamente as faixas etárias, 25,7% das solicitações foram de usuários com mais de 80 anos, enquanto os primeiros autores citados revelaram que 23,9% das demandas foi efetuada por usuários entre 70 e 79 anos.

Campos Neto et al. (2012) e Naffah Filho, Chieffi e Correa (2010) também incluíram a variável *idade* em seus estudos, mas 64,4% e 61,5% das demandas, respectivamente, não continham o registro da data de nascimento do usuário e, por essa razão, não foi possível comparar os percentuais de cada faixa etária dos usuários com os que, na presente pesquisa, foram encontrados e identificados.

Ao compararmos o número de impetrantes com a população do município de Ribeirão Preto - SP - discriminada por faixa etária no Relatório de Gestão de 2012 - é possível afirmar que do total de 11.397 habitantes maiores de 80 anos, 1,1% impetrou contra a Gestão Pública de Saúde. De maneira semelhante, podemos dizer que, dos 76.272 habitantes maiores de 60 anos, 1,64% demandaram suas solicitações junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público do município. E na faixa etária mais populosa, que soma 115.400 habitantes de 20 a 30 anos incompletos, apenas 0,01% acionou a via judicial.

No Quadro 6 é possível observar o percentual de impetrantes segundo o número de habitantes por faixa etária do município.

Faixa etária	Nº de habitantes em RP - SP	Nº de impetrantes	%
0 5	35.806	21	0,06
5 10	38.209	16	0,04
10 15	43.299	12	0,03
15 20	47.395	7	0,01
20 30	115.400	16	0,01
30 40	98.114	23	0,02
40 50	82.807	40	0,05
50 60	67.380	64	0,09
60 70	41.259	70	0,17
70 80	23.616	89	0,38
Mais de 80	11.397	124	1,09
Total	604.682	482	0,08

Quadro 6 – Percentual de impetrantes, segundo o número de habitantes por faixa etária do município de Ribeirão Preto, SP, 2014

Considerando que a presente investigação volta-se para uma das portas de entrada das demandas dos usuários para a viabilização de seu direito a saúde, somada a inexistência de outros estudos para este município, estes achados podem colaborar para que se defina uma linha de base para futuras análises das demandas desta natureza.

Com relação *aos agravos que acometem os usuários*, 22,7% apresentaram distúrbios do sono. Esse resultado diverge do de outros estudos, dentre eles: os de Naffah Filho, Chieffi e Correa (2010) e de Vieira e Zucchi (2007) que indicaram maior frequência de diabetes mellitus (CID-10: E 10 e E 14), com 28,6% e 37% de casos no estado e no município de São Paulo, respectivamente. Pepe et al. (2010a) mostraram a predominância da doença hipertensiva (CID-10: I 10 e I 15) com 11,3% de casos no estado do Rio de Janeiro, Campos Neto et al. (2012) e Machado et al. (2011), da artrite reumatoide (CID-10: M 05) com 23,1% e 38,4% dos casos no estado de Minas Gerais e Sant’Ana et al. (2011b), das doenças do aparelho circulatório com 33,3% no estado do Rio de Janeiro.

A variável *demanda solicitada* revelou que os itens mais pleiteados foram fraldas e medicamentos, com 33,4% e 29,6% das solicitações respectivamente. Esse achado destoa daquele de alguns outros estudos, que apontam os medicamentos como os principais bens requeridos, individualmente (BELLATO et al., 2012; MACHADO et al., 2011, NAFFAH FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010; PEPE et al., 2010a). Ainda outros trabalhos referem que esse tipo de demanda é atual e frequente (CAMPOS NETO et al., 2012; CHIEFFI; BARATA, 2009; MESSEDER; CASTRO; LUIZA, 2005; PEREIRA et al., 2010; SOARES; DEPRÁ, 2012).

Entretanto, nesses trabalhos são analisadas as demandas de mais de uma via de acesso à justiça brasileira, tais como: escritórios de advocacia, Defensoria Pública, Ministério Público, Procuradoria, dentre outros - generalizando os achados. Outros autores, tais como: Borges e Ugá (2009, 2010), Macedo, Lopes e Barberato-Filho, (2011), Pandolfo, Delduque, Amaral (2012), Pepe et al. (2010b) e Sant’Ana et al. (2011a) referem que o número de processos judiciais pleiteando medicamentos também é crescente, mas não especificam qual via de acesso.

Um estudo recente analisou as demandas apresentadas pelo Ministério Público de um município de pequeno porte de Minas Gerais à Secretaria Municipal de Saúde, de janeiro a dezembro de 2010. Das 77 solicitações, 66,2% referiram-se a demandas de procedimentos de atenção especializada (tratamento para dependência de álcool e outras drogas), 28,5% a procedimentos prestados na Atenção Primária, 2,6% a transporte sanitário, 1,3% a tratamento de quimioterapia fora do domicílio através do fornecimento de ajuda de custo e transporte, e 1,3% versava sobre a solicitação de medicamento (SILVA, 2013).

Uma hipótese que poderia ser levantada refere-se ao conjunto distinto de demandas que se fazem presentes em função de territórios com configurações diversas, do ponto de vista das características sociais, demográficas, econômicas, epidemiológicas, culturais. Estes elementos, somados ao processo de vocalização diferenciado dos diferentes grupos sociais, poderiam justificar as diferenças nas demandas em distintos cenários locais.

A variável *serviço de saúde responsável pela solicitação da demanda* permitiu identificar apenas os serviços públicos de saúde. Alguns desses atendem tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto usuários particulares e de convênios, como é o caso do HC da FMRP-USP. Entretanto, não foi possível verificar e considerar esta diferenciação quanto ao tipo de atendimento.

Dessa maneira, 45,6% dos usuários receberam atenção no setor público de saúde e os demais, 54,4%, em outros serviços. Esse resultado é semelhante ao revelado por Campos Neto et al. (2012), Machado et al. (2011) e Pereira et al. (2010) e divergente dos apresentados por Chieffi e Barata (2009), Messeder, Castro e Luiza (2005) e Vieira e Zucchi (2007) nos quais a maior parte das demandas foi solicitada pelos serviços públicos de saúde. Leite e Mafra (2007), Naffah Filho, Chieffi e Correa (2010) e Sant’Ana et al. (2011b) apontaram em seus estudos a incidência de 50% das prescrições originárias dos serviços públicos de saúde.

Pereira et al. (2010) afirmam, ainda, que o predomínio das prescrições oriundas de outros serviços pode caracterizar um sistema público “misto”, cuja procura se dá apenas pela necessidade de obter a demanda não coberta pelos demais sistemas de saúde.

Com relação à variável *providências tomadas pela Promotoria*, não foram encontrados para discussão outros estudos que fornecessem o percentual de ações civis públicas e/ou arquivamentos das solicitações e tampouco a incidência dessas providências segundo a origem das solicitações no sistema de saúde.

Algumas pesquisas, dentre elas a de Borges e Ugá (2010) e Ramos e Ferreira (2013), analisaram, especificamente para a obtenção de medicamentos, as decisões proferidas pelos juízes - concessões de liminares ou tutelas antecipadas⁷⁷ - ou seja, uma etapa diferente da examinada no presente estudo.

Entretanto, os achados nos permitem mencionar que 47,3% das ações civis públicas ajuizadas tiveram origem nos serviços públicos de saúde, enquanto 52,7%, em outros serviços. O índice de arquivamento, correspondeu a 22% e 78% respectivamente. Se analisarmos o total das

⁷⁷ Tutela antecipada e liminar são providências que apresentam diferenças jurídicas, entretanto, tais especificidades não são relevantes para este trabalho e, portanto, não são pontuadas. Em ambas, o juiz concede o pedido antes do julgamento final da ação movida pelo usuário, geralmente baseado em critérios de: verossimilhança (o quão verdadeira é a solicitação), perigo da demora em fornecer o item que pode contribuir com o agravamento da doença e respaldo legal da solicitação (PEPE et al., 2010a; SILVA, 2008).

providências, de acordo com a origem das solicitações, verificou-se que 42% dos itens foram solicitados pelos serviços públicos de saúde e 58%, por outros serviços.

Esse panorama permite-nos afirmar que o Poder Judiciário beneficiou tanto usuários provenientes da assistência de saúde pública quanto usuários de outros serviços de saúde. Essa proporção permite trazer para discussão um pensamento compartilhado por alguns autores:

Borges e Ugá (2009) referem que a efetivação judicial do direito à saúde do usuário SUS, pela gestão pública, não inverte a lógica desse sistema, pois favorece aqueles que o utilizaram. Santos (2010b) e Weichert (2010) completam essa ideia, relatando que o acesso aos bens pleiteados judicialmente ao SUS, pelos não-usuários desse sistema, pode caracterizar um SUS complementar aos demais sistemas de saúde, que não oferecem cobertura integral; e provocam com o pensamento de que a assistência terapêutica do SUS deve ser integral, desde que o usuário opte pelo serviço de saúde público de maneira integral e não fracionada.

Frente a essa hipótese, de atender apenas o usuário do SUS que opte integralmente pelo atendimento no sistema público, questiona-se: seria possível segregar o acesso dos brasileiros ao SUS, quando, como aqui já apontado, a Carta Maior garante alcance universal, independentemente de cor, raça, sexo, idade e condição socioeconômica?

Mais adiante, na discussão dos dados qualitativos, alguns entrevistados sinalizam caminhos a serem percorridos não só pela Gestão Pública de Saúde, mas também pelos seus usuários para se alcançar a integralidade da assistência em saúde.

6 Como se constitui o processo da Judicialização da Saúde - o que falam os tomadores de decisão

Neste capítulo são apresentados os discursos dos sujeitos da pesquisa acerca do processo da *Judicialização da Saúde* e de outros temas definidos previamente: *Conceito de saúde-doença*, *Responsabilidade do sistema de saúde na saúde e na doença*, *Conceito de direito à saúde* e *Seu próprio trabalho no fenômeno estudado*. A discussão desses dados, frente ao aporte teórico que sustentam as afirmações, foi realizada na medida em que as falas foram trazendo as percepções sobre os temas.

Vale dizer que os dados de identificação dos entrevistados revelaram que os 7 sujeitos da pesquisa tem curso universitário de distintas formações (incluindo farmacêuticos, médicos, enfermeiros, bacharel em direito) e de pós-graduação *stricto sensu*, exercem ou exerceram cargo público diretamente relacionado à Judicialização da Saúde para os quais, em sua maioria, foram indicados. Os entrevistados foram:

- membro do Comitê Executivo Estadual da Saúde em Ribeirão Preto - SP e assessora da assistência farmacêutica para fins de pesquisa do município de Igarapava - SP;
- ex-secretária da saúde dos municípios de Luís Antônio - SP e Jaboticabal - SP;
- integrante da CASE e membro da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP;
- representante da Promotoria do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP, membro do Comitê Executivo Estadual da Saúde em Ribeirão Preto - SP;
- integrante da CASE e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP;
- integrante da CASE, funcionário do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atuante também em consultório privado e
- ex-integrante da CASE, docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

6.1 O processo saúde-doença em foco

Os entrevistados apontaram a importância da associação entre vários elementos e dimensões como fundamentais para se ter saúde. Semelhantemente ao estudo de Alves et al. (1996), os entrevistados abordaram vários enfoques sobre saúde e doença.

São trazidas questões ligadas ao equilíbrio de vários condicionantes para se ter saúde, e a doença como resultado do desequilíbrio destes, assim como associar a este processo as condições de vida, ampliando a possibilidade de compreender o processo saúde-doença.

Saúde, ao meu ver, está vinculada ao estilo de vida, (...) às suas escolhas, tudo, né? Desde estudo, atividade física, descanso, sono, dentro dessas funções que a gente tem, né, fisiológicas; mais o ambiente e isso remete pra gente pensar que pra se ter saúde a gente tem que estar com tudo isso em equilíbrio. E ao contrário da doença, vai ter algum momento que vai ter um desequilíbrio (...). Entrevistado 5

A saúde não envolve só uma questão meramente biológica (...), o ser saudável é uma coisa bem mais ampla do que só um biológico devidamente funcionante. Você precisa pensar na questão do ambiente (...), onde o indivíduo mora (...), no relacionamento com as pessoas (...), a questão psicossocial (...). Entrevistado 1

Pra se ter saúde, nós temos assim uma série de elementos importantes relacionados a toda forma de vida das pessoas: a questão da renda, da educação, do mínimo de conhecimento sobre prevenção e proteção (...). Entrevistado 3

Os requisitos (...) necessários para se ter saúde dizem respeito à condição de moradia, alimentação, questões básicas não só pra sobrevivência mas basicamente sobrevivência, dentro de um contexto que você consiga realizar aquilo que você deseja em termos de trabalho, em termos de... com a tua família, basicamente isso. Entrevistado 7

Mesmo apontando a perspectiva do equilíbrio/desequilíbrio, encontra-se presente uma dimensão mais ampliada do processo saúde-doença. Esta visão expressa nos discursos encontra-se alinhada à teoria que explica o processo saúde-doença nesta dimensão: a determinação do bem estar e das enfermidades dependem da articulação dos determinantes econômicos, políticos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos (ALMEIDA FILHO, 2011).

Nesse mesmo sentido, os discursos revelaram que os fatores motivadores do adoecer se assemelham aos de ter saúde, vinculados aos aspectos do estilo de vida, aos hábitos das pessoas, às questões genéticas, aos fatores de risco em geral. Também aparecem outros elementos como a cultura, a inserção na sociedade, o emprego, as condições de violência, do stress, ampliando o conceito para a discussão dos determinantes sociais desse processo.

Basicamente, eu acho que tem aqueles relacionados à genética, eu acredito que tem os fatores ambientais, dos hábitos, né, daquilo que a pessoa faz, do seu estilo de vida e profissional também (...). É obvio que tem um componente do quanto você é suscetível ou não de adoecer (...), mas tem uma relação com as situações de risco, seja doenças infecciosas, seja doenças crônicas que tem mais a ver com hábitos e estilo de vida. Entrevistado 7

Pra adoecer (...) tem a questão do meio ambiente, do estilo de vida, da genética, hereditário (...) a gente pode dizer que tem fatores internos e externos: a violência urbana, o estilo de vida (...). Entrevistado 5

E contribuem para o adoecer os fatores biopsicossociais (...), as influentes comportamentais (...): uma questão é a alimentação (...). Entrevistado 1

É bem amplo isso (...). É... eu acho que o estilo de vida não saudável, desde que você tenha condição de trabalho não adequada, o indivíduo não consegue se inserir na sociedade por vários motivos (...), que não consegue ter uma alimentação adequada, seja por não ter acesso, seja por cultura (...), não ter condições básicas de saneamento, obviamente que isso passa por uma questão pública, de gestão pública, de ter prevenção (...), viver num ambiente que lhe proporcione saúde, né, que tenha condições mínimas ambientais (...), o ponto de vista psíquico, a condição socioeconômica do país interfere, né? (...). É claro que uma vez o indivíduo não tendo acesso a tudo isso ele pode ficar doente e aí (...) ele precisa de ter acesso ao sistema de saúde pra poder se tratar, né? (...). Entrevistado 6

Os fatores que contribuem para o adoecer são todos os condicionantes, né? (...). Os hábitos de vida tem muito a ver com isso hoje, você tem a questão socioeconômica (...), como as pessoas trabalham, o volume de trabalho (...), a própria alimentação de coisa muito rápida (...), o stress do dia-a-dia (...). Você tem todo um conjunto da vida da pessoa que acaba interferindo muito nisso (...). Entrevistado 3

Num primeiro momento, há falas que nos remetem ao conceito de saúde proposto pela OMS, de que ela é o completo bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1946). Nesse conceito, a ideia de equilíbrio dinâmico está posta.

Corroboram com as afirmações de Santos (2010a), quando esse autor afirma que saúde é consequência da garantia de acesso à assistência à saúde e, também, com as de Santos (2010b) e Silva et. al. (1996), na medida em que ela é fruto de condições individuais (aspectos biológicos/mentais/espirituais, herança genética e estilo de vida) e externas (ambiente físico, socioeconômico e político) ou seja, de um somatório das esferas que cercam o indivíduo e a coletividade.

Ainda em sentido abrangente, estas falas nos remetem a considerar a saúde como resultante de condições de alimentação e nutrição, habitação e saneamento básico, emprego e trabalho, educação, renda, meio-ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde e à informação. (BRASIL, 1990a, COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS), 2008; CNS, 1986).

A atribuição de causas endógenas e exógenas ao fenômeno da saúde-doença - que se evidencia nas falas - é uma condição mundialmente comprovada. Doença é sinônimo de infortúnio individual e coletivo, resultado de um desequilíbrio entre indivíduo, sociedade e sistema; enquanto saúde é a harmonia entre essas três dimensões (MINAYO, 1994).

Então, as falas nos permitem sustentar que a conquista da saúde precisa estar articulada aos múltiplos determinantes que influenciam direta e indiretamente as condições de vida de uma população (BRASIL, 2007b; CNS, 1986; COHN; ELIAS, 1999).

6.2 Responsabilidade do sistema de saúde na saúde e na doença do usuário

A discussão sobre a (re)organização dos sistemas de saúde para oferecer a seus usuários um nível de saúde que proporcione uma vida social e economicamente produtiva tem-se feito presente desde o início do século XX e ganha maior centralidade a partir da crise mundial da década de 70, aparecendo de forma mais intensa na Declaração de Alma-Ata, que reafirma o conceito de saúde proposto pela Declaração dos Direitos Humanos de 1948 (OMS, 1978). No final da década de 70, já se trazia a ideia da responsabilidade dos governos - e consequentemente, dos sistemas de saúde propostos - para se atingir a meta: “Saúde para todos até o ano 2000”, conforme o artigo 8 da Declaração de Alma Ata.

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (OMS, 1978, p. 2).

Essa proposta tem como estratégia a Atenção Primária em Saúde, cujos cuidados são essenciais e universais, a representar o primeiro contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde (OMS, 1978; OPAS, 2007a).

O debate mundial segue sob essa perspectiva, e documentos mais recentes - tais como a Carta de Ottawa para a promoção da saúde, a Declaração do Milênio e a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde - tem reiterado a relevância desse nível de assistência à saúde (OPAS, 2007c). Tomando-o assim, como uma das formas de se oferecer e garantir saúde para todos, um dos seus objetivos é reduzir as iniquidades em saúde. Para a OMS (2008), isso é possível por meio de reformas - da cobertura universal, da reorganização da porta de entrada do sistema de saúde, da prestação de serviços, das políticas públicas e das lideranças - que contribuam para a equidade em saúde e justiça social.

A maior parte dos entrevistados destacou em suas falas a relevância da Atenção Integral à Saúde - elemento central que sustenta este estudo - mesmo considerando que o sistema de saúde ainda se volta mais intensamente para atuar sobre a doença, como apontado em muitos fragmentos.

O sistema de saúde tá muito mais preparado pra atuar com a doença do que com a saúde. Mas eu vejo algumas situações relativamente claras que não estão totalmente viabilizadas e implementadas (...) e isso é responsabilidade do Poder Público (...). Mas eu acho que essas são ações possíveis, né? (...). Tem um monte de coisa que diz respeito

ao Poder Público que interfere na saúde e poderiam fazer diferença tanto na área da saúde quanto fora dela, em termos de promoção ou prevenção de agravos para a população em geral. Entrevistado 7

Segundo a OMS (2008), essa tendência é preocupante e caracteriza sistemas de saúde: centrados - de forma desproporcional - em uma oferta limitada de cuidados curativos especializados e cuja prestação de serviços está sendo fragmentada por abordagens de controle de doenças, com objetivos imediatistas. O foco nos modelos que se voltam ao cuidado às condições agudas em detrimento às condições crônicas, em que outras estratégias se fazem presentes, dificulta a organização das ações de forma integrada e integral.

Em consonância com esta realidade, Brasil (2006c) já revelava que o modelo de atenção à saúde do SUS caracteriza-se - semelhantemente a alguns sistemas de saúde universais - pelo atendimento às condições agudas, que não responde, com eficiência e efetividade, à situação de saúde do Brasil, caracterizada pelo predomínio das condições crônicas. Segundo Mendes (2011), o descompasso entre a situação de saúde e o modelo de atenção oferecido continua sendo alvo de discussões acerca da reforma dos sistemas de saúde em todo o mundo.

Os discursos, de certa forma, reiteram o que Giovanella et al. (2002) propõem: a prática médica não fragmentada com abordagem integral do indivíduo e suas famílias, o predomínio das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência e a articulação das ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes e recuperação da saúde.

Na mesma direção e ampliando os pontos trazidos, Mattos (2006) observa que o termo *integralidade* também tem o sentido de se voltar às respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou seja, o compromisso do Estado em atender às necessidades de determinados grupos populacionais. Dessa forma, infere-se que o modo de organização dos serviços e das práticas de saúde - outro significado do termo - também perpassa pela atuação dos gestores.

Cecílio (2006) acrescenta que esse último significado também decorre das necessidades de saúde dos usuários e que os profissionais/equipes/serviços/rede de serviços poderiam promover uma escuta mais qualificada dos problemas e necessidades apresentadas pelos usuários que buscam os cuidados no setor. Mas escutar as *necessidades* de saúde dos usuários requer, também, a compreensão de seus sentidos que englobam: as condições de vida, pois a “maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde” (CECÍLIO, 2006, p. 116); o acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; o vínculo usuário-sistema de saúde e o grau de autonomia para se viver a vida conforme suas escolhas.

Chamando atenção para o papel desempenhado pelo Poder Público, isto é, de considerar a ação necessária do Estado na atenção à saúde, os entrevistados analisam a necessidade de ponderar o já existente no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se criem possibilidades para que se tenha como foco a atenção integral.

Eu acho que o sistema de saúde pode trabalhar com prevenção e promoção e é lógico que tem que trabalhar com aquilo que já está instalado também (...). É lógico que tem que atender quem precisa dele né, com todos os Programas que a gente já tem instalados na rede, mas sempre focalizando a questão da atenção integral né, ver o ser humano como um todo né, não só como uma doença ou uma parte adoecida (...). Você tem que atender na integralidade, na globalização (...) em tudo o que o paciente precisar (...). Entrevistado 5

É... isso aí é medicina primária, né? (...). A nossa política não tá conseguindo implementar isso adequadamente, né? De fazer prevenção de doenças e promoção de saúde (...), fazer os ambientes adequados pra população (...), levar alimentação adequada às escolas públicas (...). Bom, isso não é propriamente do sistema de saúde, mas governamental, né? Entrevistado 6

Então, mudando um pouco as prioridades, né? (...) Mas é uma coisa muito difícil, porque o tratamento e a assistência, que é tão almejada pela população, você tem que ofertar, né? (...) Mas avaliando os condicionantes, os determinantes né, que promovem... então, se tem que dar condição de ter saúde (...). Mas é isso: é tentar equilibrar mais os investimentos nas duas vertentes: de trabalhar com os condicionantes e determinantes para que as pessoas não adoçam e cuidar de quem já está doente, né? (...). Entrevistado 3

Bom, pra saúde, principalmente na prevenção. E acho que aí é o grande pecado do sistema de saúde pública no Brasil. Em primeiro lugar, o Estado não tem processos de busca ativa, de prevenção ativa da maioria das doenças que são perfeitamente controláveis ou previsíveis (...). A gente não tem uma política clara sobre prevenção de doenças (...). Fora a vacinação (...), que faz boas campanhas e consegue alcançar um universo bastante grande de pessoas. Fora isso, o sistema público de saúde atende pessoas que procuram o sistema. Uma iniciativa que o Estado começou e não terminou foi o Programa de Saúde da Família, né? (...). Mas eu acho que isso tem que ser de fato um Programa de governo e o dia que a gente conseguir fazer isso, o SUS vai gastar muito menos do que gasta hoje. Entrevistado 4

O que se faz presente nas falas, ainda não se coloca na direção apontada pela Organização Mundial da Saúde (2008) e pela Organização Pan-Americana (2007c) que, alinhadas, lançam foco no indivíduo e nas suas necessidades e não na doença estritamente. Os documentos Renovação da Atenção Primária nas Américas (OPAS, 2007c) e Atenção Primária: agora mais do que nunca (OMS, 2008), reconhecem, de maneira geral, valores essenciais, princípios e elementos centrais de sistemas de saúde baseados nesse modelo de assistência.

O primeiro documento detalha como valores: o *direito à saúde* - garantido em algumas constituições e expresso em documentos e tratados internacionais - que dentre outros aspectos, traz a responsabilização do sistema de saúde em assegurar o acesso de acordo com as necessidades dos usuários; a *equidade*, destacando a capacidade das pessoas de reivindicar a

saúde e outros direitos sociais; e a *solidariedade*, que se caracteriza pelo alcance do bem comum e superação de problemas por meio de ações coletivas (OPAS, 2007c).

Além dessas proposições, a OPAS (2007c) destaca como princípios⁷⁸ a responsabilização tanto dos governos na garantia dos direitos sociais, tendo o dever de assegurar a equidade e a qualidade dos serviços de saúde, quanto dos usuários que devem participar do planejamento de ações no setor e fiscalização do sistema.

A atenção integral, integrada e contínua surge como um dos elementos estruturais⁷⁹ dessa análise de sistemas de saúde (OPAS, 2007c) vindo ao encontro da fundamentação teórica do presente estudo, a abranger as interpretações do termo *integralidade* descritas até o momento.

Resgatando-as verificamos que os discursos abaixo apontam este preceito como norteador das práticas de saúde, seja no atendimento aos problemas de um grupo populacional por meio de programas específicos, na diminuição da prática reducionista e consequentemente abordagem holística do indivíduo, na primazia das ações de promoção e prevenção e na garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica.

Nessa mesma direção, as falas revelaram que o sistema de saúde deve também ter responsabilidade na doença/agravo ou nas necessidades apresentadas pelo usuário, na medida em que deixa de oferecer ou tem dificuldades em agilizar as referências necessárias para que ocorra o acesso - às ações e serviços de saúde - necessário para cada caso.

Você nem sempre consegue dar uma resposta à necessidade do indivíduo que está doente (...). Eu consigo claramente ver que muitas vezes, tem demandas que ele (o sistema de saúde) não é capaz de atender (...). Entrevistado 7

Eu acho que se ele (o sistema de saúde) não conseguir exercer sua função adequadamente, obviamente, ele vai contribuir para o adoecimento. Às vezes, coisas que ele deveria oferecer e não consegue (...), não tem acesso adequado, né? Não conseguir oferecer profissionais adequados pra fazer o atendimento..., acho que é isso, não sei... (...). Entrevistado 6

Quando você esquece dessa parte (...) da prevenção, da promoção, de trabalhar na base né, (...) de focar ou priorizar só o pronto atendimento (...). Entrevistado 5

Às vezes, você patina um pouco no diagnóstico precoce de algumas patologias, tem algumas referências de casos mais complexos que demoram pra ser atendidos né, apesar da gente ter várias portas abertas (...), tem casos que a gente demora pra fazer os encaminhamentos. Às vezes, por problema do próprio município, às vezes por problema da gestão partilhada (...), fora as questões políticas, né? (...). Entrevistado 3

⁷⁸ Ressalte-se que os princípios são a ponte entre valores essenciais e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde baseado na Atenção Primária em Saúde e fornecem o alicerce para as políticas de saúde, a legislação, os critérios de avaliação, a geração e alocação de recursos e a operacionalização do sistema de saúde. Além da responsabilização dos governos e participação popular, há outros princípios, a saber: a capacidade do sistema de saúde em responder às necessidades das pessoas, serviços de saúde orientados para a qualidade, a justiça social, a sustentabilidade e a intersetorialidade (OPAS, 2007c).

⁷⁹ Os demais elementos estruturais referem-se a: cobertura e acesso universais, ações intersetoriais, recursos sustentáveis e humanos apropriados, organização e gestão ótimas, políticas e programas pró-equidade, marco político-legal-institucional sólidos, mecanismos de participação ativa, atenção apropriada, ênfase na prevenção e promoção e orientação familiar e comunitária (OPAS, 2007c).

A Carta Maior garante o *acesso* universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007b) e pode fundamentar a interpretação sugerida por Pontes et al. (2010) de que *acesso* é o alcance aos diversos tipos de atendimento no sistema de saúde. Ainda, sustenta a visão geral referida por Santos e Andrade (2012, p. 2876) de que ele consiste em: “retirar barreiras, sob quaisquer formas, físicas, econômicas, sociais, raciais, geográficas, sociológicas, organizativas, viárias, que possam impedir o sujeito de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente”.

Juliani e Ciampone (1999) completam que o *acesso*, dentre outros aspectos, está relacionado à integração dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e que o encaminhamento dos usuários aos diferentes tipos de atenção é um dos pontos que viabilizam a implementação do SUS.

Vale destacar que Fekete (1997), dentre outros autores, também discute sobre *acesso* e *acessibilidade*, apontando diferenças entre os termos. Segundo a autora, *acesso* pode ser definido como um princípio da organização do sistema, que se caracteriza pela a entrada ou pelo caminho que leva o usuário à assistência em saúde. *Acessibilidade*, ao conjunto de fatores (por exemplo: de natureza geográfica, organizacional, infra estrutural, etc...) que facilita ou dificulta o *acesso*, ou seja, a chegada efetivamente do usuário em um determinado serviço ou o recebimento dos cuidados de saúde propriamente ditos.

Assim, mesmo não sendo proposta explicitamente, os entrevistados falam da questão da *acessibilidade*, a ser garantida pelo sistema e serviços de saúde.

Um dos entrevistados elencou a ineficiência, o mau atendimento dos profissionais de saúde e a falta de estrutura do sistema como fatores concorrentes para o adoecimento do usuário.

Principalmente porque ele (*o sistema de saúde*) não é eficiente. Ele atende mal, demora pra atender e normalmente todo atendimento já é de alguma coisa muito agravada. Então muita gente morre e acaba tendo um tratamento desumano em razão dessa falta de estrutura do sistema (...). Então, eu acho que o SUS, em primeiro lugar, precisa ser humanizado e (...) buscar eficiência. Entrevistado 4

Segundo Pontes et al. (2010), a percepção de ineficácia e falta de estrutura podem estar relacionadas, dentre outras questões, ao tipo de serviço procurado. O sistema de saúde tem diversos tipos de serviços e, conseqüentemente, acessos diferenciados. Aqueles com maior demanda - como urgências e emergências - geralmente contam com uma estrutura nem sempre adequada e tendem a apresentar maiores dificuldades, mesmo sendo resolutivos. Os que apresentam um fluxo de atendimento menor e previsível - como sala de imunização e ambulatoriais - tendem a ser mais organizados.

Brasil (2006c) descreve seis pontos que interferem na eficácia do sistema de saúde, a saber: a universalidade da assistência à saúde - que perpassa pelos valores da sociedade na qual se estrutura o seu desenvolvimento; o financiamento - que se traduz na qualidade e quantidade dos recursos aplicados no setor; o modelo institucional - que define o(s) nível(s) de governo(s) responsável(s) pela operacionalização do sistema; o modelo de atenção à saúde - que se caracteriza pelo atendimento das condições de saúde da população devendo refletir o seu panorama epidemiológico; a gestão do trabalho - que envolve as relações que nele se estabelecem e a educação dos profissionais de saúde; e a participação social - que tem relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da sociedade.

A fala desse entrevistado, apontando “Então, eu acho que o SUS, em primeiro lugar, precisa ser humanizado e (...) buscar eficiência” localiza como um dos pontos fundamentais de responsabilidade do sistema de saúde, a humanização do atendimento, que pode abarcar muitas dimensões, dentre elas, a subjetiva que se faz presente na relação: profissional de saúde/usuário. Humanizar essas relações exige que “o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar” (CASATE, CORREA, 2005, p. 110) e faça desse contato, um encontro saudável para compartilhar saberes, poderes e experiências de vida. Entretanto, as autoras citadas (CASATE, CORREA, 2005) destacam que tal prática, muitas vezes, esbarra em ambientes de trabalho rígidos e burocratizados que não valorizam a escuta e o diálogo.

Então, infere-se que o sistema de saúde tem sua parcela de responsabilidade tanto na saúde quanto na doença do usuário e talvez, a Judicialização retrate suas necessidades no setor que podem não ter sido adequadamente escutadas pelos profissionais de saúde e encontradas/oferecidas/garantidas pelas ações e serviços de saúde, apesar da prerrogativa constitucional.

6.3 Conceito de direito à saúde

O tema trouxe a referência à Constituição Federal de 1988 pelos sujeitos da pesquisa.

Constitucionalmente, né, o nosso país tem a questão da saúde muito bem legalizada (...), então, o direito à saúde seria a gente conseguir dar o que tá no papel da Lei, o que a gente ainda não conseguiu, estamos caminhando, estamos tentando (...). Mas direito à saúde é isso: tá na Constituição. É direito das pessoas e dever do Estado. Entrevistado 2

Ainda, as falas fazem alusão a uma abordagem mais ampla, semelhantemente ao estudo de Dallari (1988) ao afirmar que a saúde, enquanto direito, deve abranger aspectos individuais e sociais. No primeiro aspecto, o direito à saúde deve privilegiar a liberdade de escolha em relação ao modo de viver. No segundo, deve priorizar a igualdade na vida em sociedade, ou seja, garantir serviços e cuidados em saúde iguais a todos. E que o princípio da igualdade está diretamente relacionado com o grau de desenvolvimento de um país e a garantia do direito à saúde, com a participação dos indivíduos nas duas esferas.

O autor revela ainda que não basta apenas declarar constitucionalmente que todos têm direito à saúde, o Estado deve organizar seus poderes e os aspectos sociais a fim de assegurar a cada pessoa esse direito. Ferraz e Vieira (2009) atualizam essa concepção ampla do direito à saúde, reiterando a necessidade de interpretá-lo no abrangente e complexo contexto dos determinantes da saúde já apontados na discussão do primeiro tema. A magnitude da definição desse direito também é evidenciada nos discursos abaixo:

É receber assistência do Estado tanto na prevenção de doenças, promoção à saúde e tratamento propriamente dito. De receber vacinas, de ter atendimento básico, de receber os fármacos que forem necessários, equipamentos necessários pra se tratar (...). É o Estado como um todo atuando, ele tem que pensar em vários aspectos na sua atuação e aí vem o planejamento, de transporte, de promover essas ações que vão ter um bem estar na população (...). Eu acho que a educação é importante (...), educação tanto pra alimentação, como pra prevenção básica de doenças (...). Entrevistado 6

É o indivíduo ele precisar de alguma atenção, né, e ele ter aonde buscar essa atenção, né, mas eu acho que é complicado isso porque a saúde não é só a ausência de doença, então é muito complicado falar do conceito e de qual é o direito que ele tem (...). Eu acho que o direito a saúde é ter como viver bem pra poder ter saúde. Viver num estado bem global e geral. Entrevistado 5

É o direito de você dar condições pra que a pessoa tenha saúde, essa é a garantia. Você tem que dar garantia dele ter condições pra isso (...). Isso não significa que não tenha que dar assistência, ela faz parte desse conjunto, né? Entrevistado 3

Então, o direito à saúde não pode ser assim uma coisa vã (...). É uma coisa, certo, né, que se foi pensada de uma forma de organização de serviço, mesmo, em que o direito à saúde precisa garantir as questões biológicas, psicossociais, a organização do espaço, o saneamento básico, tudo pra que tivesse nessa organização, cada cidadão o mínimo que fosse necessário para ele ter esse status. Entrevistado 1

Essas falas são marcantes em trazer uma visão ampliada do conceito de saúde, apontando para um conjunto maior de aspectos que se fazem presentes, já anteriormente discutidos. Ao mesmo tempo, reforçam a questão do direito à saúde, não apenas como consumo de serviços de saúde, mas como direito a condições mais gerais e que permitem a sobrevivência das pessoas, indiretamente trazendo a questão da cidadania.

Ferraz e Vieira (2009) denotam também uma concepção um pouco mais restrita do direito à saúde. Alegam que, no meio jurídico brasileiro, esse direito é visto como um direito a

atendimento à saúde, terapêutico e farmacêutico ilimitado. Nessa corrente de pensamento, a saúde e as políticas públicas de saúde são traduzidas como conceitos unidimensionais: a primeira é vista como ausência de doença e a segunda, como assistência médica, ambas financiadas por recursos finitos.

Machado (2009) menciona que, tradicionalmente, a ideia de direito à saúde no Brasil, ainda tem se resumido ao acesso a bens e serviços de saúde, apesar da abrangente definição constitucional e de toda discussão acerca do tema. Tais considerações também encontram-se presentes nas falas.

É o direito de obter qualquer recurso necessário pra tratar uma doença, pra prevenir uma doença ou restabelecer o bem estar da pessoa (...). Muitas pessoas entendem que acesso à saúde é só pra tratar doença e não é pras outras coisas (*o entrevistado relata um caso de acesso negado a um medicamento para auxiliar a concepção pois um juiz entendeu que essa condição não se enquadrava em tratamento de saúde*). Infelizmente a questão da amplitude do direito à saúde ela é difícil no nosso país, principalmente porque o Estado quer negar à população esse direito. Os gestores entendem que o cidadão tem direito à aquilo que ele oferece e ponto. E isso não pode mais acontecer (...), porque o cidadão tem direito a tudo que ele precisa pra se tratar (...). É dever do Estado e ponto final. E aí o Estado precisa arrumar os meios pra isso (...). Entrevistado 4

A melhor definição que tem é a que tá na Constituição, é aquela: você ter acesso quando você precisa, o acesso é universal e isso deve ser algo que deve ser garantido pra qualquer pessoa. Entrevistado 7

Mesmo sendo trazido o direito ao acesso a bens e serviços de saúde, a questão da cidadania é apontada de forma bastante explícita: "E isso não pode mais acontecer (...), porque o cidadão tem direito a tudo que ele precisa pra se tratar (...)" Entrevistado 4. A discussão acerca desse aspecto resgata o capítulo I do presente estudo, que entrelaça os conceitos de direitos sociais, cidadania e constituição. Direitos sociais se referem as necessidades básicas coletivas (MANZINI-COVRE, 1996) que requerem ação positiva do Estado e também da sociedade em geral (BRASIL, 2007a; MENDES; COELHO; BRANCO, 2008; OPS, 2005).

A OPS (2005) define cidadania como o direito de toda e qualquer pessoa a ter direitos garantidos pelo Estado e a assumir também seus deveres, tanto individual quanto coletivamente. E a condição de cidadão sugere um ser ativo - que segundo Dallari (2012, p. 19) "é aquele que preenche os requisitos legais para exercer seus direitos políticos" - e autônomo que pode ser definida na relação entre o Estado e a sociedade. Ainda segundo este autor, a Constituição é o principal instrumento de proteção dos indivíduos de uma nação, a enumerar os deveres e direitos fundamentais de toda pessoa humana.

De acordo com as falas, o direito à saúde pode ser efetivado com a implementação de Políticas Públicas que atendam às necessidades da população. Tal proposição também remete às

afirmações já trazidas anteriormente no Capítulo I - descritas por Fleury e Ouverney (2008) e Siqueira e Ragazzi (2008) - de que as políticas públicas sociais requerem intervenção estatal.

Transformando o que está escrito em realidade. Eu acho que o próprio sistema de saúde, o SUS, a organização desse sistema, várias tentativas de trazer o cuidado e a atenção à saúde pra perto dos municípios, criando a Estratégia de Saúde da Família, são todas estratégias pra se fazer isso (...). Está se tentando fazer isso desde 1988. Entrevistado 7

Quem está na gestão deve buscar recurso e propor projetos pra de fato, as pessoas receberem o que elas estão precisando. Entrevistado 5

Construindo políticas: (...) de financiamento, de recursos humanos, de saúde (...) e assim: não só construí-las, mas fazê-las acontecer, né, através de leis, normatizações, portarias que é o que a gente vem construindo. Entrevistado 2

Apesar de as normas, leis, portarias e decretos - dentre eles o documento denominado o ABC do Sistema Único de Saúde⁸⁰ - estabelecerem o papel de cada esfera governamental, quatro entrevistados também sugerem não apenas maior clareza sobre as informações referentes aos recursos e organização do setor, mas também maior compromisso dos entes federativos e profissionais de saúde para com o exercício de suas responsabilidades, a fim de efetivar o direito à saúde.

Eu acho que precisa definir com mais clareza quais são os recursos da saúde e o que é saúde pra efeito de gastar esse dinheiro. E dentro disso, definir os papéis da União (...), dos estados (...) e precisa fortalecer os municípios na atenção básica (...). Então é preciso que os administradores e o SUS entendam que é necessário garantir a todo cidadão o que ele precisa. Entrevistado 4

Reorganizando os serviços de saúde. Entrevistado 1

Eu acho que é a garantia de acesso primeiro à informação: de tudo, como é que funciona, do que está disponível pra ele, né, e a esse conjunto que lida com o antes do adoecer, né, ao ele ter saúde. Se não fica uma coisa só da assistência mesmo (...). Eu entendo que a assistência faz parte dessa garantia mas não é a principal. Entrevistado 3

A primeira coisa é ter profissionais, gestores comprometidos em implementar (...). A verba é gasta de maneira totalmente sem compromisso, sem responsabilidade e acaba que a população fica sem acesso (...). Eu acho que os gestores precisam (...) focar o atendimento (...). Entrevistado 6

Esses fragmentos nos permitem discutir sobre as reformas sanitárias imprescindíveis para diminuir as iniquidades em saúde. Mendes (2011) afirma que as mudanças devem abarcar: a implantação de redes de atenção - ao invés do modelo de cuidado fragmentado - que pode integrar os níveis de assistência e contribuir para a compreensão de que os determinantes sociais se fazem presentes nas condições de saúde, o financiamento do setor que, além de requerer alterações quanti e qualitativas, deve estar alinhado com essa nova política e ser mais equitativo, a gestão

⁸⁰ O documento ABC do Sistema Único de Saúde estabelece o papel dos três gestores do SUS, descrevendo suas principais responsabilidades, assim como: a Política Nacional da Atenção Básica e o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

dos outros recursos da área - humanos e materiais - também em prol das reais necessidades e problemas dos usuários.

Em síntese, para a reorganizar o sistema de saúde, é fundamental “enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa” (Mendes, 2011, p. 203).

Quando perguntado aos entrevistados sobre a responsabilidade da efetivação do direito à saúde, houve divergência nas falas. Quatro dos entrevistados referiram que toda a sociedade tem sua parcela de contribuição. Seus discursos se assemelham ao argumento de Asensi (2013) e de Pinheiro e Asensi (2010), na medida em que os autores referem que vários atores e instituições atuam tanto na construção quanto na garantia do direito à saúde e que a sua efetivação depende da relação entre sociedade, Estado e Poder Judiciário e de como os sujeitos vivenciam e experimentam as dimensões que estruturam esse direito social.

Eu acho que é a sociedade como um todo e óbvio que tem um monte de gente envolvida (...) todo mundo é responsável (...). Eu acho que todo mundo tá envolvido, mas tem algumas instâncias que estão claramente envolvidas, responsáveis e muitas delas tem conseguido fazer assim, o básico. Entrevistado 7

Tem que ser o Estado mesmo (...). Você ter boas ideias diante de uma realidade e fazer isso dar certo e propor, buscar recursos pra isso (...). Mas o que a pessoa tem que fazer por ela, qual é a responsabilidade dela? Entrevistado 5

Eu acho que é o conjunto da sociedade. Entrevistado 3

Todo mundo (...) e eu acho que tem a responsabilidade de cada um (...). Eu acho que isso só vai ser possível quando cada pessoa conquistar o seu direito de ser cidadão, sabe, assumir a cidadania, né? (...). E compreender isso depende muito da educação, certo, né? (...). Aí cabe ao gestor no nível municipal, estadual, federal, certo, né, fazer esse processo como um todo, então tem toda essa questão de quem tem a responsabilidade maior. Entrevistado 1

Evidencia-se nas falas a co-responsabilização do usuário pela sua própria saúde e consequentemente pela efetivação do direito à saúde. Carrijo e Rasera (2013) afirmam que o autocuidado, a adesão às orientações e ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde e o conhecimento sobre a doença/agravo que o acomete contribuem para esse processo, em especial no que se refere às doenças crônicas.

Nesse sentido, enquanto cidadão, o usuário também tem outros deveres a cumprir estabelecidos na Carta Maior - tais como o alistamento militar, o voto e o pagamento de impostos - a fim de viver em harmonia na sociedade (DALLARI, 2012).

Três entrevistados afirmaram que o Estado é o responsável pela efetivação do direito à saúde, sendo que um deles relatou a falta de informação, de instrução e de organização dos indivíduos para buscar tal condição, incluindo a via judicial.

Teoricamente, eu acho que o governo seria responsável por isso (...). Eu acho que a população é mal politizada então ela não busca seus direitos (...), a população é muito simples e não busca seus direitos (...). Você vai ver que muitos dos processos judiciais que a gente tem não é da população pobre. Geralmente são da classe média, às vezes, pessoas que até tem certa condição, que por ter algum tipo de instrução maior, né, acaba procurando (o *Poder Judiciário*), sabendo que tem esse direito vai atrás dele, né? Mas a população em si, mais humilde, ela às vezes fica sem qualquer tipo de assistência. Entrevistado 6

O entrevistado faz referência ao *governo* como o órgão responsável em efetivar o direito à saúde. Esse termo se refere, em sentido amplo, a toda direção dada a uma série de fatos e aplica-se a qualquer ramo de administração. Em sentido estrito, compreende as regras ou princípios adotados que orientam os governantes e que pode ser classificado em monárquico, aristocrático, democrático e oligárquico. No conceito político, se refere ao conjunto de órgãos que realizam a administração pública, exercendo poderes que lhe foram delegados pelo povo (SILVA, 2008).

Ao resgatarmos o conceito de *Estado* definido como uma sociedade política que coordena e unifica fins particulares em função de fins gerais, tornando-se sede do poder político cuja atuação, no que tange os fins políticos e sociais, é delimitada pela existência de um território, onde o seu povo está situado e que está presente em todos os setores da vida social, sendo responsável pela satisfação das necessidades básicas de seus indivíduos (DALLARI, 2007); inferimos que, nesse discurso, o entrevistado, ao usar o termo *governo*, referiu-se a expressão *Estado*.

O recorte desse discurso “Você vai ver que muitos dos processos judiciais que a gente tem não é da população pobre. Geralmente são da classe média, às vezes, pessoas que até tem certa condição, que por ter algum tipo de instrução maior, né, acaba procurando (o *Poder Judiciário*), sabendo que tem esse direito vai atrás dele, né?” Entrevistado 6 e os desfechos referentes à variável *providências tomadas pela Promotoria*, no capítulo anterior, de que 45,6% dos impetrantes receberam atenção no setor público e 54,4% em outros setores do sistema de saúde apontam e resgatam o conceito da universalização excludente referenciada por Faveret Filho e Oliveira (1990).

Os autores revelam que vários segmentos da sociedade - representados principalmente pela classe média da população brasileira - recorrem cada vez mais a esquemas privados de seguros ou a medicina suplementar (que inclui medicina de grupo, cooperativa médica, de autogestão, planos de administração e seguros saúde), buscando o setor público de saúde apenas para a prestação de alguns serviços e ações não cobertos - ou custeados - pelos outros sistemas de saúde.

E corrobora também com os estudos de Chiefi e Barata (2009), Ferraz e Vieira (2009), Machado et al. (2011) e Vieira e Zucchi (2007), ao relatarem menor grau de exclusão social e maior acesso à informação dos usuários que demandaram judicialmente suas necessidades.

Ao serem questionados pela entrevistadora sobre as maneiras pelas quais o cidadão pode ter o seu direito à saúde efetivado, a maior parte dos entrevistados declarou que o usuário deve participar da sociedade, organizar-se, lutar pelos seus direitos e exercê-los, além de cobrar pelos deveres estatais. Tais condições evocam ao conceito de cidadania proposto por Dallari (2012) e pela OPS (2005) já discutido anteriormente.

Um dos entrevistados afirmou que a maneira pela qual o cidadão pode ter o seu direito à saúde efetivado é ter a sua demanda - seja ela qual for - atendida pelo sistema de saúde.

Se ele (o usuário) precisar e acontecer, né? Ele tem alguma demanda, ele procura e acontece. Ai, o acesso e o que ele precisa vai ser efetivado. Quando isso não acontece ele pode ficar sem e fica numa fila interminável e paga o preço por isso. Tem gente (...) que tenta fazer o possível, acionando o Judiciário pra poder acessar aquilo que precisa, mediante a demanda que é um outro problema (...). Mas assim: o que é demanda? O que você precisa? (...). Eu acho que a efetivação ela acontece quando você precisa. Entrevistado 7

Nessa fala, entende-se, por *demandas*, necessidade de saúde, que engloba uma abrangente interpretação. Esse conceito foi amplamente estudado por alguns autores, tais como: Eduardo Stotz, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Norma Matsumoto, Gastão Wagner de Souza Campos, dentre outros; entretanto, infere-se, neste caso, que o termo traduz o acesso a qualquer bem ou serviço de saúde capaz de manter ou restabelecer o bem estar de forma autônoma (MERHY,1997).

As Políticas Públicas Sociais integraram unanimemente a resposta dos entrevistados, quando indagados sobre a maneira pela qual o Estado pode efetivar o direito à saúde do cidadão. Um deles até destacou a relevância da integração dos poderes e saberes profissionais.

Então, garantindo políticas públicas inclusivas (...). Cada vez mais se a gente não tiver uma integração dos vários poderes, dos vários saberes que não só da saúde, porque dentro da saúde se trabalha com a interface com as várias profissões (...) a segurança pública, a assistência social (...). Nenhum sozinho dá conta, né? Entrevistado 3

Essa fala se aproxima do pensamento de Koerich et al. (2009), autores que declaram que as práticas em saúde podem ser compartilhadas entre as diversas categorias profissionais - principalmente por meio do trabalho em equipe - e essa integração de saberes pode concorrer para o alcance da integralidade da atenção e do cuidado em saúde, assentindo com o referencial teórico desse estudo.

De maneira geral, o tema *direito à saúde* nos possibilitou dialogar sobre os compromissos das esferas pública e individual. A primeira, representada pelo Estado - que, conforme Dallari, (2007) deve produzir aquilo que a tenda às necessidades de um maior número de pessoas

obedecendo a uma escala de prioridades, garantindo a oferta de bens e serviços de maneira adequada, suficiente e equitativa. E a segunda, pela própria pessoa, de maneira individual, mas enquanto integrante de uma sociedade. Isso nos permite concluir que: a primeira esfera tem obrigações perante seu povo - de maneira coletiva - e a segunda, perante si mesma - de maneira individual - e também frente a nação da qual faz parte.

Nesse sentido, infere-se que essas posições se entrelaçam por meio da condição de cidadania, que torna o indivíduo um ser ativo, não isolado da comunidade e consciente de seus deveres e direitos dentro de todo o contexto que o cerca. E que a saúde, enquanto direito, envolve não só o acesso a serviços e cuidados de saúde, como também a todas as circunstâncias que promovem o bem-estar da população, e que se fazem presentes tanto no universo público quanto no individual.

6.4 O conceito da Judicialização da Saúde

Com relação a esse tema, os discursos dos sujeitos mostraram que, no relativo à definição do fenômeno, houve convergência entre as respostas dos entrevistados, sobre ser a busca do usuário pelo Poder Judiciário, a fim de efetivar o direito à saúde, reconhecida constitucionalmente. Tal definição condiz com as apresentadas por vários autores, dentre eles Chieffi e Barata (2009), Machado e Dain (2012), Marques (2008) e Pandolfo, Delduque e Amaral (2012).

Entretanto, todos os entrevistados completaram esse significado, alegando que a via judicial é acionada quando o direito à saúde (acesso a itens ou tratamentos) não foi assegurado pelo sistema de saúde, quer pela falta, quer pela inexistência da oferta do produto. Borges e Ugá (2009), Fleury (2012), Soares e Deprá (2012) e Vianna e Clark (2010) também sustentam essa posição afirmando que se o acesso é negado pelo Poder Executivo, independentemente do motivo, se faz necessária a intervenção do Judiciário para garanti-lo.

Analisando as falas, é possível identificar que várias são as razões que fazem o usuário acionar o Poder Judiciário para efetivar o direito à saúde, sendo as principais: a necessidade pessoal; a falta de acesso gerada pelo sistema de saúde, a condição socioeconômica, as questões relativas a informação e a insatisfação com o tratamento atual.

Eu acho que tem várias. A primeira, (...) ele precisa de algo para o cuidado dele ou de alguém da família dele que ele não tem acesso e ele não tem condição. Porque se ele

tivesse condição ele ia lá, bancava e boa que eu acho que é uma parte menor ainda das pessoas que precisam e tem dinheiro, resolvem da forma mais simples: paga. Tem gente que precisa e não tem condição ou acredita que tem o direito de conseguir público e vai atrás. Eu acho que esse é um dos motivos e é o básico, eu acho que é o principal. Entrevistado 7

Porque às vezes, o Estado não fornece, não oferece a ele o melhor tratamento ou às vezes, algum tratamento. Porque às vezes não é oferecido nenhum ou não oferece o acesso a esse tratamento e aí ele acaba recorrendo à Justiça pra poder assegurar isso. Muitas vezes, é caro isso e ele não tem condições de bancar e vai buscar esse tipo de atendimento onde ele é orientado, né? Entrevistado 6

Eu acho que a gente tem que dividir os usuários em várias fases: tem aquele que nem sabe que pode, certo, então essa, acho que é a maioria. Depois tem aquele que descobre, né, e pede tudo porque alguém chega e vai atrás e aí ele tem a influência, certo, né, (...) depois tem aquele que realmente vai falar eu preciso (...). E aí existe uma distorção do pedir tudo, certo? Entrevistado 1

Eu acredito que são várias (...). Quando a pessoa ela tá insatisfeita ela procura mais (...) e aí ela vai procurar o Poder Judiciário pra ter essa coisa que ela quer, esse tratamento. Mas nem sempre é o mais adequado, entendeu? (...). A gente tem um leque de opções de tratamento (...) e às vezes, a pessoa é (...), talvez não conheça ou às vezes conhece, também não fez tudo que tinha que ser feito e ela acha que buscando um outro tratamento, ela fala: Ah, é a minha salvação, o meu último recurso, eu preciso tentar (...). Então busca na esperança mesmo da cura e às vezes, aquilo não tem cura (...). E às vezes, a gente oferece alguma coisa que não é igual mas vai ter, o paciente vai ser assistido, sabe, vai ter o mesmo resultado, até melhor e o paciente não aceita (...). Entrevistado 5

Parte é falta de conhecimento, eu acho (...). Então assim: daquilo que ele precisa ou achava que precisava, já tinha uma resposta pra aquilo, mas ele não tinha informação de que isso existia (...). Assim: as pessoas desconhecem tudo que o SUS dá na rede de oncologia, de terapia renal substitutiva, de alta complexidade, que tem cirurgias que só o Hospital das Clínicas faz como referência... Então tem a conotação de que o SUS é aquela coisa bem simplinha, né? Uma coisa pobre pra pobre, né? Então essa coisa tá muito enraizada também numa camada da sociedade que não usa o sistema ou acha que não usa, porque não vê todas as ações que tão dentro do SUS e que não são propriamente da assistência (...). Então eu acho que é um conjunto de falta de informação geral que não é passado (...). Entrevistado 3

A última fala destaca a falta de conhecimento sobre a gama de ações, tecnologias de distintas naturezas e serviços oferecidos pelo sistema público de saúde. O artigo 200 da Carta Maior define oito atribuições do SUS, além de ofertar a assistência à saúde propriamente dita, dentre elas: executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água para o consumo humano; colaborar na proteção do meio ambiente; formar recursos humanos na área da saúde, etc... (BRASIL, 2007a).

Essa realidade pôde ser constatada no contexto da Judicialização da Saúde, em dois momentos: no primeiro, o levantamento bibliográfico mostrou que os estudos de Chieffi e Barata (2009), Figueiredo, Castro e Pepe (2013), Leite et al. (2009), Machado et al. (2011), Messeder, Castro e Luiza (2005), Pepe et al. (2010a), Sant'Ana et al. (2011b) e Viera e Zucchi (2007)

evidenciaram que muitos medicamentos solicitados pela via judicial constavam no RENAME⁸¹, ou seja, eram padronizados e oferecidos pelo SUS.

Entretanto, alguns autores afirmam que essas demandas podem, por outro lado, traduzir uma falha no acesso (BELLATO et al., 2012; CHIEFFI; BARATA, 2009; FIGUEIREDO; CASTRO; PEPE, 2013; LEITE et al., 2009; MESSEDER; CASTRO; LUIZA, 2005; SILVA, 2013; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

No segundo momento, a coleta de dados na primeira fase do estudo permitiu à pesquisadora a leitura dos procedimentos administrativos e, conseqüentemente, de alguns pareceres técnicos emitidos pela CASE. Em muitos deles, a justificativa em não aprovar a solicitação de uma demanda era justamente a sua disponibilidade na rede pública de saúde local.

Alguns dos entrevistados relataram, ainda, motivos referentes a abuso do direito por parte dos usuários e má-postura de prescritores sob influência de empresas farmacêuticas que, de acordo com suas experiências pessoais, são a minoria dentro do contexto estudado. Essa última constatação pode ser fundamentada pelos estudos de Angell (2009) e Ventura et al. (2010) ao declararem que o marketing comercial de laboratórios exerce pressão para a incorporação de seus produtos, oferecendo presentes ou dinheiro aos segmentos sociais e governamentais para os avaliarem e, depois, os utilizarem.

Tem mais outras coisas malucas (...) que eu acho que não são as principais (...), tem interesse de meio mundo, né? Já teve caso comprovado de indústria se acertando com médico pra poder gerar demanda de algum tipo de medicamento, tal isso também gera Judicialização (...). Mas a minha posição pessoal é de não acreditar que isso predomina. Eu acho que o que predomina é (...) gente que tem problema de verdade, médicos que detectam soluções que não estão disponíveis, que prescrevem e orientam essas situações e as pessoas não tem como acessar e aí judicializam (...). Entrevistado 7

Existem alguns outros fatores que decorrem de abuso, de má fé e às vezes até de abuso de direito mesmo. Isso ocorre com médicos, por exemplo, prescrevendo medicamentos que são de comércio proibido no país, tratamentos experimentais (...) e a busca por tratamentos específicos em determinado lugar (...). E grande parte dos abusos ocorrem em internações psiquiátricas (...). Recentemente, nós apreendemos aqui uma cartilha de um laboratório ensinando como é que fazia para obrigar o Estado a fornecer os medicamentos que eles fabricavam, né? São laboratórios que contratam escritórios de advocacia, que alguns medicamentos, só um escritório entra com essas ações e que são contratados. Nós temos alguns médicos (...) que prescrevem tratamentos desnecessários, né? Essas coisas acontecem e a gente tem que atuar contra, mas ainda existe. (...) Agora, isso é um percentual absolutamente ínfimo, a ponto da gente não considerar diante da grandiosidade dos resultados que a gente tá tendo com a Judicialização. Entrevistado 4

⁸¹ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais trata as doenças mais comuns na população. Estes medicamentos são registrados na Anvisa e apresentam menor custo nas etapas de armazenamento, distribuição, controle e tratamento. Apresentam valor terapêutico comprovado, com base em evidências clínicas. É um instrumento que orienta os gestores estaduais e municipais quanto às: ações de planejamento, seleção de medicamentos e organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2008), além dos medicamentos essenciais, o RENAME oferece medicamentos de Dispensação Excepcional (alto custo) e os de Programas de Doenças Específicas, tais como: tuberculose, malária, diabetes, entre outras (PEPE et al., 2010a).

(...) Eu vou abordar um tema que infelizmente acontece, que é assim: dentro da medicina existem muitos ganhos secundários, tem muita briga de indústria farmacêutica com médico, que oferece ganho secundário muitas vezes, né? Então, tem muitos tratamentos que são prescritos por ganho secundário do médico. Às vezes, ele não tá pensando no paciente, ele tá pensando o que que ele vai ganhar com aquilo ali, junto à indústria farmacêutica que é muito forte (...). Entrevistado 6

Vale ressaltar que o fato - ocorrido em Ribeirão Preto - expresso na segunda fala “Isso ocorre com médicos, por exemplo, prescrevendo medicamentos que são de comércio proibido no país, tratamentos experimentais (...)” Entrevistado 4 pôde ser comprovada nos estudos de Chieffi e Barata (2009), Machado et al. (2011), Messeder, Castro e Luiza (2005), Pepe et al. (2010a) e Sant’Ana et al. (2011b) ao afirmarem que uma parte das demandas judiciais, em outras cidades brasileiras, se referiram a medicamentos sem registro na Anvisa⁸² e consequentemente, proibidos no país.

Um dos entrevistados relatou que há uma inversão de valores sobre o papel do sistema público e do privado que contribui para a Judicialização da Saúde no município.

(...) A outra coisa é uma inversão de valores em relação a própria legislação do SUS, porque o serviço privado, pela Lei, ele pode ser complementar ao sistema público e há uma inversão, né? O SUS ser complementar ao privado (...). Tem uma série de questões que falam: o seu direito é esse desde que você entre pela mesma porta (...). O SUS não está aqui pra complementar o seu contrato. Então, ou você entra pela mesma porta ou você não vem pegar só o que você quer aqui (...). Então eu acho que as pessoas procuram (o Poder Judiciário), por achar que como eu pago os meus impostos, o SUS pode ser complementar e não entendem que o seu contrato não garante tudo aquilo que elas achavam que deveria garantir, então aí elas acham que tá certo. Entrevistado 3

Essa fala resgata as ideias de Borges e Ugá (2009), Santos (2010b) e Weichert (2010), discutidas na análise quantitativa sobre o direito ao acesso integral às ações e serviços do SUS apenas para usuários exclusivos desse sistema. Nessa corrente de pensamento, questiona-se: o que está sendo garantido, e para quem? Se a compreensão de saúde - enquanto uma condição de vida, um direito e um dever - envolve a complexa conjuntura discutida até o momento, como segregar o usufruto das demais ações e serviços do SUS - descritas no artigo 200 da Constituição Federal - além da assistência à saúde?

Todos os entrevistados assentiram que o fenômeno pode contribuir com as Políticas Públicas, pois a intervenção do Poder Judiciário pressiona o sistema de saúde a atender às novas necessidades da população, contribuindo para a revisão e expansão dos protocolos estatais. Essa ideia é compartilhada também por Machado (2008) e Machado et al. (2011). Tais autores afirmam que apesar desse efeito positivo sobre as Políticas de Saúde, a gestão pública pode: perceber que

⁸² Agência Nacional de Vigilância Sanitária é uma instituição que “promove e protege a saúde da população, intervindo nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada com os estados, os municípios e o Distrito Federal, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira” (BRASIL, 1999a).

esse procedimento é mais viável e barato do que atender as demandas judiciais - já que a Judicialização da Saúde acarreta gastos elevados e não programados - e correr o risco de incluir novas tecnologias sem considerar todos os critérios de segurança sanitária e evidências científicas que tenham impacto na saúde não somente no âmbito individual, mas considerando o contexto coletivo.

Algumas das falas, entretanto, divergem quanto as vantagens desse processo.

Eu acho que sim (...). Na medida em que começa a ter uma demanda muito grande para uma coisa que tem evidências de que é bom (...), daí há pouquinho vira protocolo (...). Tem um monte de coisa (...), demanda que não tem justificativa nenhuma. Aí não sei se ajuda muita coisa (...). Então eu acho que acaba ajudando nesse sentido. Mas é efeito colateral de algo que possivelmente não precisava existir, né? Se você definisse melhor o que dá pra ter e o que não dá pra ter.... Entrevistado 7

Eu acho que tem contribuído, mas não acho que isso seja bom. O fato é que muitos medicamentos foram padronizados, que muitos tratamentos foram incluídos no sistema exatamente porque o Poder Judiciário começou mandar a fazer. O ideal é, se nós tivermos administrações responsáveis, é a gente buscar um caminho oposto à Judicialização (...). Então, eu acho que o Estado precisa, de fato, assumir a sua responsabilidade de garantir aquilo que é direito do cidadão, principalmente na parte de medicamentos, equipamentos, materiais de higiene, enfim: se a gente tem uma posição clara hoje do Poder Judiciário, até do Supremo Tribunal Federal, no sentido de que o Estado deve fazer, eu não sei porque que o Estado fica resistindo (...). Agora, ninguém pode negar que através da Judicialização a gente tem conseguido muitas políticas públicas efetivas, né, ou o aperfeiçoamento das políticas públicas. É o caso, por exemplo, de muitos medicamentos que foram incluídos na padronização depois de decisões judiciais (...). Eu acho que ela pode ajudar nesse sentido. Agora, o ideal é que não ocorra nenhum tipo de interferência, que o sistema amadureça o suficiente pra administrar todas essas questões. Entrevistado 4

A partir do momento que tem uma grande Judicialização na questão X, isso pra gestão é bom, pra saber que é um ponto de estrangulamento na rede, se não as pessoas não iam buscar na (...) Judicialização (...). Ela acaba ajudando porque a gestão consegue enxergar aonde está o entrave pra resolver o problema. Agora, como resolver o problema, aí tem muitas questões envolvidas, né? Entrevistado 2

Esses discursos se assemelham ao pensamento de Marques (2008), pois a autora refere que, independentemente da Judicialização da Saúde, há necessidade de avanço dos gestores públicos em relação: à elaboração e implementação das políticas de saúde, à organização da prestação de ações e serviços - acompanhando o progresso da ciência - que por vezes, deixa os usuários sem que o acesso seja garantido em seus problemas e necessidades.

Machado (2008) e Marques e Dallari (2007) complementam ainda que, na medida do possível, poderia refletir-se e contextualizar, nas políticas públicas, a reivindicação individual à coletiva, para que a compra de determinados itens não deturpe os aspectos benéficos do fenômeno e, conforme Borges e Ugá (2009), não provoque distribuição injusta e abusiva de bens providos com recursos públicos.

Portanto, a busca por evidências de eficácia, segurança, custo-benefício deve ser considerada para selecionar os recursos terapêuticos que possibilitem cobertura qualitativa e não comprometam, dentre outros aspectos, a integralidade da atenção (VIEIRA, 2008; VIEIRA, ZUCCHI, 2009). A fala a seguir coincide com a opinião de Machado et al. (2011) ao referir que a Judicialização pode, em algumas circunstâncias, indicar falhas no sistema de saúde e ampliar o acesso.

Só o fato de estar tendo a Judicialização é porque alguma coisa não tá certa. Era pro Estado identificar esses pontos falhos e evitar que haja, que a população tenha que recorrer à Justiça pra ter seu direito assegurado. Uma vez que esteja havendo essa Judicialização, era pro Estado já reconhecer: olha, tá acontecendo isso, alguma coisa tá errada. Isso tem acontecido em alguns aspectos (...). Mas será que podemos intervir? Qual a melhor maneira? A população não tá tendo acesso a isso. Isso assim: a gente consegue identificar grosseiramente (...). Ó: esse aqui tem muito processo, tá falho nisso. Eu acho que é por aí, as políticas públicas poderiam se atentar, né? Entrevistado 6

Ao serem indagados se há formas de se efetivar o direito à saúde do usuário que não busca a via judicial, três dos entrevistados replicaram que, na maioria das vezes, isso ocorre por meio das Políticas Públicas de Saúde. Destacam-se abaixo os discursos mais objetivos.

Tem, uai (...). Não é todo mundo que tem que buscar ação judicial. Tem alguns casos? Tem, tem alguns casos que precisa buscar (...), como a gente não tem protocolo, não tem condições de padronizar porque é uma alta tecnologia e o município não pode estar assumindo sozinho (...). Então você pode ter o seu direito garantido pelo o que a gente tem padronizado se você aceitar essa orientação do nosso protocolo, entendeu? Entrevistado 5

Eu acho que em grande parte si, né? (...). De uma forma geral, o sistema hoje não é ruim, então muita gente recebe o melhor tratamento (...). O fato é que a gente tem muita coisa boa no SUS, muitas ilhas de excelência (...). Entrevistado 4

Pela política pública implementada (...). Mas eu acho que ainda existem demandas que precisam ser reavaliadas pela sua lentidão. Então assim: quando ele tem o seu direito garantido? Na maioria das vezes. Vai ter algumas vezes que a gente não vai atender o 100%, né, mas eu acho que o sistema público deve garantir em torno de uns 95 a 98%. Vai ter uma exceção que vai precisar disso, uma coisa rara, que o sistema não tem, eu acho que sim (...). Mas eu acho que na maioria das vezes ele vai ter pela política pública, né, a garantia do seu direito. Quanto mais discutida, mais implementada e mais integrada for essa política pública, mais ele vai ter o seu direito garantido. Entrevistado 3

Dois dos entrevistados apontaram outros caminhos, além da via judicial, para a efetivação do direito à saúde: “Assim, existe um meio que chama processo administrativo, nesse caso (...). É uma via administrativa”. Entrevistado 6. Bliacheriene et al. (2012), Naffah Filho, Chieffi e Correa (2010) e Pepe et al. (2010b) referem que a via administrativa é o caminho mais rápido para o recebimento da demanda pleiteada, pois pode conciliar as duas partes e evitar o ajuizamento das ações com interferência na gestão do SUS. Leite et al. (2009) e Bliacheriene et al. (2012)

explicam que esta prática consiste na compra direta e distribuição do item ao usuário por instituições locais de assistência social e não governamentais a pedido, por exemplo, das Secretarias de Saúde e do Ministério Público.

E ainda, a fala que se segue, sugere outras práticas não judiciais⁸³, tais como a busca por distintas entidades e colaboração de familiares para efetivar o direito à saúde.

Só se ele acaba resolvendo por um outro caminho (...). Às vezes as pessoas acabam por resolver suas questões de outra forma, por exemplo, por doações dessas associações de centros espíritas, centros religiosos, entendeu? E acabam por resolver aí: ah, consigo um pouco de fralda lá no centro espírita (...), lá no fundo social (...) e aí não tô conseguindo mais o outro tanto, entendeu, e acaba por comprar. Então assim: se não leva pra questão da Judicialização, algum jeito essa família acaba dando para conseguir acesso, porque ela precisa daquilo ali, né? Às vezes, (...) ela se vira em família mesmo pra comprar o que precisa. Isso tem muito também, tem pessoas que nem procuram (o *Poder Judiciário*), acabam por resolver por si só (...). Entrevistado 2

Esse fragmento nos permite compreender “as associações de centros espíritas, centros religiosos, (...) fundo social...” como possíveis entidades prestadoras de assistência social. A Política Nacional de Assistência Social refere que as instituições prestadoras desse tipo de serviço integram o Sistema Único de Assistência Social, sendo co-responsáveis na luta pela garantia dos direitos sociais. O papel dessas instituições - que ainda englobam as organizações governamentais, não-governamentais, segmentos empresariais, conselhos setoriais, dentre outros - não é substituir o papel do Estado, mas abrir espaços para discutir questões relacionadas à vida da população em todos os seus aspectos - incluindo o exercício da cidadania - a servir de estratégia política para o alcance da integralidade da atenção (BRASIL, 2005c).

De maneira geral, os entrevistados referiram que a via judicial é acionada quando o acesso a determinado produto é negado pelo sistema de saúde, apesar de algumas evidências científicas apontarem que o fenômeno também pode ser resultado do desconhecimento da oferta pelo SUS. Todos concordam que essa realidade pode contribuir com a modernização das Políticas Públicas de Saúde mas que isso deve ocorrer conforme o avanço da ciência, independentemente da pressão do Poder Judiciário. Outras opções à via judicial foram elencadas pelos entrevistados, dentre as quais a via administrativa - cujo fluxograma foi exposto nos resultados quantitativos - e entidades assistenciais para que o usuário tenha sua necessidade atendida.

⁸³ Por práticas não judiciais pode-se entender também, práticas extra judiciais que são ações da Defensoria Pública no sentido de promover a solução das demandas judiciais, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e outras técnicas de administração de conflitos (BRASIL, 2009b).

6.5 Seu próprio trabalho no contexto da Judicialização da Saúde – as ferramentas para o processo

No último tema, ao falarem de seu trabalho, os entrevistados que fizeram ou fazem parte da CASE, e portanto assumem um papel importante na tomada de decisão sobre o processo da Judicialização, referiram que no conjunto das atividades realizadas: analisam os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais além de emitirem pareceres técnicos - que consistem em avaliar níveis de evidência da solicitação na literatura científica nacional e internacional - para qualificar a demanda. Em casos específicos, ou simplesmente quando os membros da CASE o julgarem necessário, é solicitada avaliação de profissionais especializados de instituições renomadas a fim de auxiliar na construção dos pareceres.

Na avaliação, é verificada se a demanda solicitada consta na padronização do SUS, para então indicar-se o acesso; se há um similar disponível na rede de atenção, para sugerir a sua utilização. Caso o produto pleiteado não seja padronizado e não haja um equivalente, beneficia-se o usuário com a demanda solicitada. A seguir, apresentamos o fluxograma esquematizando as alternativas.

Figura 2 - Fluxograma para definição da tomada de decisão por parte da Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE)

Um dos entrevistados pontuou que também analisa a origem da prescrição médica, documentos pessoais e se o usuário já é atendido pelo Serviço de Atendimento Domiciliar⁸⁴ (SAD) vinculado à rede municipal de atenção. Quando necessário, o profissional requisita uma visita domiciliar para esclarecimentos quanto à demanda solicitada e história do usuário. O entrevistado referiu ainda que muitos usuários dos demais sistemas de saúde ingressaram no SUS ao aceitarem os produtos similares padronizados sugeridos pela CASE.

Uma vez por semana a gente se reúne, são vários profissionais de várias modalidades ou várias disciplinas e a gente analisa o que a gente recebe pra ser analisado (...). E aí a gente faz um parecer técnico referente ao que o paciente tá precisando (...). Eu costumo sempre analisar da onde vem a prescrição (...), se (...) é de um plano de saúde, se é particular, se é do SUS, aí eu verifico a conta de energia elétrica, porque aí eu já sei onde essa pessoa mora, quanto gasta na conta de luz. Eu avalio essas coisas, porque você não vai indeferir por conta disso, né, ou deferir. Na realidade você vai fazer um embasamento com mais dados, né? E aí eu vejo se passa pelo SAD, se é conhecido do SAD (...). Eu procuro verificar o perfil do usuário em relação aonde ele mora, o diagnóstico dele, quem é o médico prescritor, faço uma avaliação geral, né, os exames em anexo (...). E quando eu tenho dúvida e quero saber mais da história da família, eu peço a visita do SAD. E esse recurso da visita eu acho assim um divisor de águas, inovador, mesmo (...). Então às vezes, a gente descobre erros, sabe, com a visita, a gente consegue ter mais embasamento pra fazer o parecer técnico. Às vezes ela tem outra necessidade, sabe, e a gente vai e você vê o todo, coloca ele dentro do sistema, passa pelas especialidades que precisar (...) a gente faz todos os encaminhamentos. Porque às vezes, o paciente não conhece o SUS. Entrevistado 5

O recorte “com a visita, a gente consegue ter mais embasamento pra fazer o parecer técnico (...)” Entrevistado 5 destaca que a visita domiciliar é uma das ferramentas que subsidiam o processo de tomada de decisão. Mazza (1994) afirma que a visita domiciliar é instrumento de assistência à saúde que permite: prestar atendimento no domicílio, orientar, levantar possíveis soluções de saúde e oferecer subsídios educativos para os indivíduos, famílias e comunidade. Brasil (2001b) completa que essa atividade também permite: a intervenção no processo saúde-doença dos indivíduos, o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade, a aproximação a sua condição de vida e trabalho, além da compreensão das dinâmicas familiares.

Um dos entrevistados também apontou a inserção desses usuários no SUS, mas sob uma visão racionalista, no sentido de oferecer o acesso já disponível, em lugar de utilizar o recurso que financia o setor - muitas vezes escasso - para providenciar a compra do bem pleiteado. Assim, compreendemos que a questão da racionalização dos recursos também pode ser uma ferramenta utilizada pelos membros da CASE.

⁸⁴ O Serviço de Atendimento Domiciliar do município de Ribeirão Preto foi implantado em 1996 e oferece assistência e vigilância em saúde no domicílio baseadas nos princípios do SUS, por meio de ações de promoção e saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A gente conseguiu colocar alguns pacientes no sistema, é... ele tava no uso, por exemplo de alguma medicação, alguma coisa no sistema do convênio e a gente acabava trazendo pro SUS. Porque no SUS era outro (*medicamento*): nós temos aqui, mas é esse aqui. Você vai querer? Se não, não vai ter. E aí ele acabava entrando no sistema com a gente, entendeu? Que ficava melhor pra gente, a gente fazer o que a gente tinha com o recurso pra isso e ele se manter lá (*no convênio*) e a gente ter que comprar uma coisa que não era nem da nossa padronização (...). Entrevistado 2

A ótica racionalista expressa nessa fala coincide com a noção de diversos autores, dentre os quais: Ferraz e Vieira (2009), Lopes et al. (2010) e Messeder, Castro e Luiza (2005), que abordam a relevância do uso racional dos medicamentos e de outras tecnologias na área, consequentemente adequada gestão dos recursos públicos.

Um dos entrevistados realiza atividades que diferem das descritas acima, mas também utiliza os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais para exercê-las, tal como esclarecem as falas abaixo:

Aqui no Ministério Público, eu acho que a gente pode dividir o nosso trabalho na área da saúde em duas partes, né? Uma que é essa parte judicial efetiva e aí são os processos individuais e coletivos que a gente cobra providências do Estado (...). E fora isso, que eu acho que é a parte mais importante que a gente precisa dedicar uma atenção mais efetiva é na fiscalização do sistema e na identificação dos problemas do sistema (...). E aí a questão não é só de ajuizar ações, mas é de buscar soluções (...). A nossa arma é a ação judicial (...). E acho que o Ministério Público tem dado sim uma contribuição importante exatamente por expor a ferida e muitas vezes exigir através do Poder Judiciário a cura dessas feridas dentro do sistema. Entrevistado 4

Eu tenho as ações judiciais que são propostas. No plano individual, nós temos os procedimentos administrativos individuais (...) e tudo começa com a prescrição médica (...), com o relatório médico (...) e nós nos valemos também do parecer de uma Comissão de profissionais da saúde que emite seus pareceres a respeito disso, né? (...) E no plano coletivo, nós temos o inquérito civil que é um procedimento mais complexo que a gente usa pra investigar e exigir providências pra garantia do direito à saúde. Entrevistado 4

O recorte “(...) e nós nos valemos também do parecer de uma Comissão de profissionais da saúde que emite seus pareceres a respeito disso, né?” Entrevistado 4 nos permite dizer que a CASE também pode ser considerada um instrumento importante utilizado pelo Poder Público na realização de suas atividades.

Diversos autores, dentre eles: Borges e Ugá (2009, 2010); Conselho Nacional de Justiça, (2010), Gandini, Barione e Souza (2008), Macedo, Lopes e Barberato-Filho (2011) e Ventura, et al. (2010) referem que outros aparatos, além do ordenamento jurídico, podem auxiliar o Poder Judiciário na tomada de decisão. A análise técnica das solicitações e a indicação de perícia dos usuários, por exemplo, podem estreitar laços dos atores jurídicos com os gestores da saúde para compreender a capacidade gerencial do sistema público de saúde, aperfeiçoar o poder de julgar que lhes compete e assim garantir o acesso às demandas realmente justificadas.

Vale ressaltar que, além do que foi assinalado pelos entrevistados nesta etapa do estudo, a pesquisadora identificou em dois momentos distintos - logo abaixo explicitados - durante a coleta de dados secundários, outras ferramentas utilizadas para análise das demandas solicitadas.

No primeiro, o contato com algumas ações judiciais tipo⁸⁵ permitiu reconhecer a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/90 como os principais instrumentos utilizados pelo representante da Promotoria e pelos juízes, ao concederem respectivamente o ajuizamento das ações e as liminares. Esses recursos são apontados como norteadores das práticas do Poder Judiciário no que tange a efetivação do direito à saúde (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009; MACHADO; DAIN, 2012; MARQUES; DALLARI, 2007; STAMFORD; CAVALCANTI, 2012).

E, no segundo, o manuseio dos pareceres técnicos emitidos pela CASE junto aos procedimentos administrativos permitiu identificar evidências científicas nacionais e internacionais como alicerce da análise das solicitações, como já mencionado pelos profissionais.

A fala do entrevistado a seguir indica que ele promove, além das solicitações individuais, ações judiciais coletivas em favor de um grupo determinado de pessoas, quando não há necessidade de se particularizar a demanda pleiteada. Como a maior parte das demandas solicitadas ao Ministério Público apresentam essa característica, as ações judiciais coletivas são menos comuns.

Ramos (2010) salienta também que as ações coletivas são menos expressivas que as individuais na Justiça Brasileira, entretanto, poderiam: beneficiar um número maior de pessoas por meio de uma única decisão favorável, economizar nos gastos de tramitação (pois apenas uma ação seria analisada, em vez de milhares com o mesmo objeto) e agilizar a prestação da demanda solicitada. Vale lembrar que o nosso objeto de estudo não nos permite aprofundar a discussão junto às ações coletivas propostas pela Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP.

A maioria das ações, a gente não tem como ajuizar coletivamente. Não tem, porque são necessidades individualizadas. Então a pessoa precisa daquele medicamento com dosagem determinada, por um período determinado. Agora, todas às vezes que não existe essa necessidade de individualização, a gente trata de forma coletiva (...). Por exemplo: CPAP, hoje, é muito comum e é claro que a gente tem diferentes, mas a gente sempre ajuíza de grupo de pessoas: pessoas mais ou menos parecidas, em uma mesma época se ajuíza uma ação coletiva de 10, 20 pessoas. Agora, nós tomamos o cuidado sempre de não permitir que a individualização possa permitir o benefício daquele que grita mais alto. Nós não podemos ajuizar ação em favor de uma pessoa quando existem

⁸⁵ As ações judiciais tipo são as ações solucionadas - em diferentes órgãos do Poder Judiciário e ocasionalmente nos Tribunais Estaduais, na cidade de São Paulo - e portanto encerradas. Após serem feitos registros e controles administrativos internos, essas ações são encaminhadas ao arquivo localizado na cidade de Jundiaí-SP (informação verbal fornecida pelo representante da Promotoria).

outras em igual situação por mais tempo esperando (...). Nessas ações a gente sempre pede o seguinte: 60% pela lista de antiguidade, os que estão mais tempo esperando e 40% por urgência (...). Então aí fica à critério do serviço identificar quais os mais urgentes e o resto tem que ser tudo dentro da fila. A gente tem sempre isso: aqueles que gritam mais alto, que vem aqui, faz escândalo... Quer dizer, estes não podem ser beneficiados em nome daquele que tá esperando de forma pacientemente há muito tempo na fila. Entrevistado 4

Mesmo que não explícito, a fala indica a equidade em saúde - diretriz do SUS - que pode ser analisada na perspectiva do atendimento e uso dos serviços de saúde, nos resultados sanitários e no financiamento do setor (BRASIL, 2006b). Entendemos que o recorte sinaliza para o atendimento das necessidades daqueles que mais precisam, dos menos privilegiados. Então, o princípio da equidade, neste fragmento, refere-se a questões de justiça social - que envolvem “juízos de valor frequentemente relacionados com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios, assim como opções políticas quase sempre associadas a alocação de recursos” (KADT; TASCA, 1993, p. 13).

Ao serem questionados sobre a forma pela qual as atividades exercidas no contexto da Judicialização podem contribuir para a efetivação do direito à saúde dos usuários, um dos entrevistados respondeu que, dependendo do parecer, podem contribuir ou não com o acesso ao item pleiteado, que nos parece trazer também, implicitamente, a questão de equidade no que tange a sua primeira perspectiva.

Contribuíam ou não. Porque quando você dava parecer favorável (...) você contribuía pro acesso. Mas se o doutor prescreveu um negócio que você viu lá que não tinha muita evidência... a gente dava um parecer negativo, certamente eu não estava contribuindo pro acesso, eu estava negando. Porque assim: não dá pra ter tudo o que se quer. Você vai ter o que é necessário, o que é possível e ver o que você vai disponibilizar (...). Mas era assim: nesse sentido, a gente contribuía, mas às vezes isso não significava que o cara teria acesso a aquilo que ela tava pedindo. Entrevistado 7

A fala abaixo reafirma a ideia de garantir o acesso ao bem pleiteado conforme a análise técnica explicitada anteriormente no fluxograma.

Se a gente acredita que aquele tratamento vai ter benefício pra ele e se não tem outro meio, se a gente não tem outro meio de oferecer aquilo aí, aquele tratamento de melhor qualidade de que ele vá se beneficiar ou não (...). Então, existe algum outro tratamento que é oferecido pelo SUS que ele não tá tendo acesso? A gente busca isso. A gente tenta assegurar que ele vai receber o melhor tratamento e se tem disponível. Se não tem disponível, a gente fala: olha, o paciente poderá se beneficiar do tratamento solicitado (...). Entrevistado 6

Dois entrevistados ressaltaram que, como membros da gestão, deveriam cumprir com a ordem judicial, mesmo que tecnicamente não fosse justificada, conforme pode ser observado na

segunda fala. Portanto, infere-se que desse modo suas atividades contribuíam com a efetivação do direito à saúde.

Na verdade, na gestão, você vai cumprir aquilo, né? Você vai conseguir garantir aquilo, né? De uma forma a adquirir aquilo, propiciar aquilo, aquele tratamento. A gestão vai acabar oferecendo aquilo que foi conseguido via judicial. Entrevistado 3

Na verdade, às vezes passava muita coisa que dava até raiva na gente de ter passado aquilo, mas não tinha muito jeito, né? É um colega que fazia uma prescrição de uma medicação que não tinha lógica fazer (...), eram colegas que às vezes prescreviam medicamentos com nome comercial e aí você: escuta, eu tenho um aqui que é 4x mais barato, não tem porque. Não, eu quero esse. E aí, como você muda uma prescrição? A gente negava, mas às vezes a gente acabava tendo que comprar, porque o juiz mandava comprar, né? (...) Entrevistado 2

No plano individual, a gente tenta compelir o SUS a fornecer o que o cidadão precisa (...). E no plano administrativo é a luta pela implementação e aperfeiçoamento das políticas públicas e principalmente, eu acho que o Ministério Público tem atuado como indutor de discussão e do aperfeiçoamento das políticas públicas. Entrevistado 4

A questão colocada por este último fragmento traz uma questão acerca das ferramentas e critérios para que o processo seja positivo ao usuário, pois, mais do que a utilização de ferramentas, o que parece nortear a decisão é o direito à saúde, ou de consumo das tecnologias de saúde.

Um dos entrevistados sugeriu maior sensibilidade na avaliação técnica e emissão dos pareceres e relata uma experiência pessoal para justificar esse posicionamento.

Os pareceres contribuem para a efetivação do direito à saúde, sim, mas isso não pode ser meramente técnico, sabe? (...) Algumas vezes, se além à questão do item, agora você tem que pegar e olhar o processo com um todo, certo? É preciso que você tenha também sensibilidade, certo, né? De que algumas vezes pode não estar no seu parecer técnico... Eu tive... dou um exemplo que é bastante impressionante: tem essa pessoa, que é jovem, certo (...). Ela ficou doente pouco tempo antes de se formar, certo? E faltava pouco tempo pra ela se formar quando ela foi diagnosticada com câncer, certo? (...) E ela precisava de um medicamento, então foi feito o pedido judicial (...). Bom, acontece que eu comecei a olhar a história da solicitação do medicamento, certo, então quando eu olhei aquele medicamento, eu falei: mas raio, por que tá usando essa medicação, certo? Não tem sentido (...). Aí as pessoas envolvidas me disseram: Não, pelo amor de Deus! Você não pode tirar este medicamento dessa pessoa! Mas como? Porque não? Porque se você tirar esse medicamento, acho que o pai dela acaba com a vida dele mesmo, porque pra ele, essa medicação representa a filha dele ainda estar viva, certo? Ela tava num processo de doença terminal, certo, né? E ele acha que aquela medicação é que mantém a filha viva, certo? Então ele vai lá e vai buscar como se fosse... certo? Então, você nunca é muito dona da verdade de tudo, você tá entendendo? Quer dizer, é uma medicação que não custa caro, certo? (...) Mas o pai tem essa coisa e ele não quer perder a filha de jeito nenhum, porque é compreensível, certo, né? Então ninguém vai tirar essa medicação. Então, não é o parecer técnico em relação... mas só isso não basta algumas vezes. E isso é uma coisa muito complicada (...) Porque quando você pega esse limite entre a vida e a morte, sabe, é tocante... Entrevistado 1

Essa fala e a subsequente apontam a dificuldade de algumas famílias em aceitar o falecimento de um parente e o caminho que percorrem para uma “salvação” frente a situação vivida, o que certamente extrapola a questão técnica. Siqueira (2003) afirma que existe um despreparo em conduzir os momentos penosos da vida de um paciente, tanto por parte de sua família quanto da equipe que o acompanha. Apesar de muitas vezes se buscar as últimas tecnologias em saúde, subestima-se o conforto do enfermo, impondo-lhe longa e sofrida agonia, adiando-lhe a morte; sem mencionar o tremendo ônus financeiro imposto ao sistema de saúde. Este é um aspecto que extrapola o escopo da presente investigação, mas que se faz presente certamente no conjunto das decisões no campo da saúde, visto que como já apontado anteriormente, neste se atua sobre um conjunto de elementos que apresentam dimensões de distintas naturezas (objetiva e subjetiva).

Entram na Judicialização alguns pontos muitos complicados que são culturais, né? Então, a gente não sabe trabalhar com a morte, né, existe uma coisa de... às vezes uma pessoa tá num estado final, mas existe aquela coisa de que tem que fazer alguma coisa, tem que entubar, tem que colocar no respirador, tem que... como se aquilo fosse dar alguma chance, né? E eu não posso deixar que ela se vá, né? Mas às vezes, aquilo vai deixar ele dopado, vai deixar ele desconectado por um tempo, ao passo que se ele ficasse com a família com conforto, sem dor... então, quem tem esse poder de decidir o que é justo e o que não é justo? Entrevistado 3

Ross (2005) afirma que o avanço da ciência pode reacender a esperança para prolongar a vida - devido às novas alternativas terapêuticas - e consequentemente, adiar a despedida. Nessa reflexão sobre a morte e o morrer, a autora encoraja: valorizar o lado humano das relações sociais e compreender os estágios finais da vida na tentativa de discernir aberta e sinceramente sobre as reais necessidades do paciente e sua família.

Todos os entrevistados referiram que tem contato com diversos profissionais e que essa relação é extremamente valiosa, não só para o usuário, mas para os próprios profissionais, resgatando a discussão sobre a integração dos saberes e poderes.

Na fala a seguir, é evidenciada a interação entre duas esferas públicas do município de Ribeirão Preto: o Serviço de Atenção Domiciliar e o Poder Judiciário. As duas esferas parecem trabalhar em conjunto compartilhando e complementando seus saberes técnicos.

Apesar de um dos entrevistados reconhecer o valor de seu trabalho para a gestão, compartilha também, um sentimento de frustração referente à falta de organização de uma rotina ou talvez de uma articulação intersetorial, o que muitas vezes dificulta a realização de outras atividades no interior do setor da saúde.

(...) Olha, tem hora pra ser bem sincera, eu tenho vontade de não participar mais dessa Comissão (risos). Eu sei que é importante, mas assim: tem hora que eu me sinto como técnica que está trabalhando pra essa questão da Judicialização, porque as demandas são tantas que chegam pro SAD... (...) e às vezes, você fala: Meu Deus! Eu sou coordenadora do SAD, precisava estar trabalhando com as questões da atenção domiciliar (...)! Então, às vezes, você faz um parecer e antes de você mandar o parecer, tá chegando a ação. Então, às vezes, eu fico pensando... porque eu faço esse parecer? (...) Mas tem umas coisas que você fala: o paciente nem quer fazer mais e vira ação. E tá cobrando essa ação do município e do Estado. Então, isso angustia a gente e a equipe inteira. Porque a equipe também percebe: fala, Nós fizemos a visita e começamos a atender o paciente faz uma semana, ó: Não tem nem dados ainda e como é que já tem ação? Paciente não compareceu ao ambulatório... Então assim: é muito complicado isso. Lá na Comissão, eu acho que ainda é tranquilo pra que faz medicamento e outros itens, mas essa questão de ferida crônica, pega (...). Na realidade assim: tem esses momentos, mas tem hora que você retoma, você fala: Não, pelo menos uma porcentagem a gente conseguiu atender, teve um resultado positivo, não precisou dessa ação que ia onerar tanto assim o município, que tira, né? Que a gente sabe que tira o recurso, ele tá aí e não vai cair do céu. Entrevistado 5

Na fala é evidenciada a intersetorialidade, conceito que, de acordo com Junqueira (1998), é a interação entre diversas ações setoriais, para além do setor da saúde, que permite a atuação de cada órgão em seu nível de intervenção, a otimizar os recursos disponíveis no enfrentamento dos problemas dos usuários, buscando superar a fragmentação das políticas públicas, além de considerar o usuário na sua totalidade à luz de suas necessidades individuais e coletivas.

Entretanto, o recorte: "(...) Então, às vezes, você faz um parecer e antes de você mandar o parecer, tá chegando a ação. Então, às vezes, eu fico pensando... porque eu faço esse parecer? (...)" Entrevistado 5 também expõe, em nossa opinião, a falta de comunicação entre os dois setores envolvidos nesse processo. E coincide com a proposição de Mishima (2003), quem reconhece em seu estudo a dificuldade de se operacionalizar essa prática, em especial no que tange o trabalho em conjunto e a compreensão dos limites de atuação de cada esfera.

Ao serem interrogados sobre suas percepções acerca do resultado de seu trabalho na Judicialização da Saúde, os entrevistados compartilharam sentimentos de satisfação, pois entendem que suas atividades podem, respectivamente: garantir o acesso à assistência e favorecer: o aprimoramento das políticas públicas e da gestão do setor, a racionalização dos recursos financeiros e a qualificação das demandas solicitadas.

Então, hoje eu vejo com muita alegria, porque a gente consegue atender a grande maioria das demanda que chegam aqui (...). O Ministério Público hoje, tem sido um instrumento pra garantir aquilo que a Constituição legou para os cidadãos brasileiros (...). É claro que a gente não faz tudo que o cidadão quer, mas procura na medida, do possível, atender tudo aquilo que ele deseja. Nas nossas demandas judiciais, por exemplo, nós temos um índice de sucesso superior a 99,9%. E nas nossas empreitadas administrativas também, a gente tem conseguido coisas muito importantes, né, no sentido de criar Programas e serviços e garantir ao cidadão esse sagrado direito de acesso à saúde (...). Eu acho que o Ministério Público é o braço armado da sociedade contra o próprio Estado que não cuida de estruturar o sistema. Entrevistado 4

Eu vejo assim, um balanço positivo, sabe? (...) Eu vejo um balanço positivo no sentido de que a gente conseguiu, certo, em alguns municípios, levar aquilo mais adequado do ponto de vista de dar acesso à população aos medicamentos que ela necessita, certo, né? De brigar por uma prescrição mais apropriada, de ter medicamentos mais disponíveis pras pessoas, certo, de organizar a questão da gestão, mesmo, da assistência farmacêutica (...). Então, ao longo, eu acho que é uma experiência boa, certo? (...) A gente acaba contribuindo na questão da organização do processo de utilização do medicamento, quer dizer, aprimorar isso e isso é a grande batalha, certo, né, de quando a gente fala em assistência integral à saúde (...). Mas ainda acho que tem muito pra fazer. O lado ruim é que os espaços algumas vezes parecem pequenos, né, acho que a gente se depara com as dificuldades. Entrevistado 1

Foi uma coisa interessante, eu aprendi um monte de coisas e acredito que até contribui pra essa tomada de decisão nos pedidos que tinha, considerando que isso era dinheiro público (...). Então eu acho que isso faz diferença (...). Então o que eu acho que ajudei, ajudei, até foi muito bom ter participado (...). A gente foi uma gotinha num negócio que é muito maior e que tá aí ainda em discussão. Entrevistado 7

Eu acho que tem algumas estatísticas que mostram que a gente consegue reduzir o número de processos judiciais (...) sem qualquer perda ou comprometimento do paciente, né, que obviamente não é simplesmente reduzir os processos. Na verdade, eu acho que é muito mais: é racionalizar os gastos públicos. Porque infelizmente a Judicialização encarece e muito, encarece o tratamento em si, mas encarece o sistema, porque você tá usando o tempo de vários profissionais (...). Entrevistado 6

O resultado que a gente acaba vendo é mais na qualidade da assistência. Por que assim: não diminuiu o número de casos (...) A porta tá aberta. É um crescimento tão absurdamente grande da demanda que você só melhora a qualidade. Entrevistado 2

Eu acho que é muito positivo, né? (...) Como essa via judicial é uma via que existe e eu acho que ela é importante, a ideia é equilibrar isso, é informar aquilo que já existe no sistema pra não virar ação judicial (...). Eu vejo como uma qualificação desse processo, né? Nem sempre ela é acatada, mas na maioria ele é (...). Entrevistado 3

Com a análise dos discursos referentes ao último tema, verificamos que todos os entrevistados ao realizarem seus trabalhos buscam, independentemente de suas funções, fazer valer o direito à saúde do impetrante e reconhecem a relevância de seu trabalho no contexto estudado. Os profissionais utilizam, ainda, diversos aparatos técnicos para qualificar as demandas solicitadas contra a Gestão Pública de Saúde. Foi evidenciado também, que no processo da Judicialização da Saúde, há espaço para se considerar outras questões - além das objetivas - que constroem as necessidades em saúde e a busca pela efetivação judicial do direito à saúde.

7 Considerações Finais

A realização desta investigação nos permitiu, primeiramente, compreender como a saúde foi-se tornando gradativamente um direito humano social. Os movimentos históricos refletiram diversas reivindicações mundiais, principalmente no que tange o bem estar geral de uma população. Cada nação, à luz de seu desenvolvimento econômico-político-social e também jurídico, incorporou a saúde como direito, estabelecendo suas diretrizes, assim como a oferta de ações e serviços no setor.

Dentre o distintos sistemas de saúde, destacamos aquele cujos governos tem a responsabilidade de garantir o bem estar de todo o seu povo por meio de cuidados primários de alcance universal, ou seja, em que o direito à saúde está atrelado à condição de cidadania. Os três países selecionados neste estudo, que oferecem a seus cidadãos esse tipo de atenção em saúde, apresentam semelhanças e diferenças, especialmente relacionadas à conformação do acesso à assistência em saúde e ao papel do Estado na garantia do direito à saúde frente aos seus ordenamentos jurídicos.

Essa condição pode justificar um movimento, de característica nacional, denominado Judicialização da Saúde. Notamos que, no contexto internacional, esse fenômeno adquire outras perspectivas, adotando, por exemplo, a inclusão social de determinados segmentos populacionais nas políticas públicas de saúde e consequentemente a reforma dos sistemas. Outras vertentes também se apresentam, tais como a ética e a livre escolha do paciente perante suas opções de tratamento.

No Brasil, a literatura aponta que a efetivação do direito à saúde *via judicial*, em diversos Estados, se traduz em acesso a produtos; fato confirmado com a realização desta pesquisa que analisou as demandas individuais solicitadas no município de Ribeirão Preto - SP, em uma das vias de ingresso à Justiça Brasileira. Durante o período de coleta de dados na Promotoria de Justiça Civil Ministério Público do município, a resolução nº 106 de 01 de novembro de 2012, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, determinou que o DRS - XIII também passaria a receber, a partir de janeiro de 2013, as solicitações de determinados produtos de saúde, sendo esta uma *via administrativa* para o alcance do acesso.

A referida Promotoria conta com apoio técnico da Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE), constituída por profissionais de saúde de diversas categorias, que qualifica as demandas segundo critérios e evidências estabelecidos em literatura científica, além da padronização das tecnologias de saúde no próprio SUS.

Analisando o objeto do nosso estudo, verificamos que menos de 1% do número total de habitantes do município demandou judicialmente contra a Gestão Pública de Saúde. Esse dado corresponde a 482 demandantes, dos quais: 59,3% do sexo feminino; 58,7% com idade acima de 60 anos; cujos agravos mais comuns foram as doenças degenerativas do sistema nervoso. Vale dizer que não foi possível coletar informações sobre a *renda familiar*, pois todos os usuários que ajuízam ações contra a Gestão Pública de Saúde, pela Promotoria do município, assinam uma declaração de hipossuficiência, alegando não ter condições financeiras de adquirir - com recursos financeiros próprios e sem prejuízo de seu sustento - o item solicitado, o que impediu a descrição detalhada desta variável.

Esse perfil nos permite sugerir que um olhar diferenciado para as necessidades deste segmento populacional, pode auxiliar no aprimoramento das Políticas Públicas, especialmente no que se refere à integralidade da atenção e, por consequência, à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

As demandas solicitadas na Promotoria totalizaram 674 itens, referentes a: absorventes higiênicos, aparelhos, complementos dos aparelhos de respiração artificial, dietas, fraldas, insumos, medicamentos e sessões de oxigênio terapia hiperbárica, dentre os quais, as fraldas foram os mais solicitados.

Quanto à origem da solicitação das demandas, 45,6% dos usuários receberam atenção no setor público de saúde e os demais, 54,4%, em outros serviços. Vale dizer que a falta do preenchimento ou preenchimento incorreto e/ou com letra ilegível do Formulário Médico de Solicitações Especiais e do Protocolo de Triagem e Avaliação Nutricional entregue ao Ministério Público pelos usuários, não nos permitiram detalhar esse item da variável. Esses dados se referem à caracterização da unidade de saúde solicitante da demanda (CGC, endereço, telefone) e identificação do seu médico prescritor (local de trabalho, telefone, endereço). Na maioria dos procedimentos administrativos, foi necessário consultar o relatório médico e/ou exames do paciente para descrever as informações que deveriam constar nesse formulário.

Esse fato nos permite afirmar que, o preenchimento correto desses campos proporcionaria, por exemplo, a descrição real e mais detalhada da origem do usuário no sistema de saúde (convênio, particular e outros), elemento considerado necessário por alguns dos entrevistados desta investigação.

Ao analisarmos os percentuais das providências tomadas pela Promotoria, verificamos que 47,3% das ações civis públicas ajuizadas tiveram origem nos serviços públicos de saúde, enquanto 52,7%, em outros serviços. O índice de arquivamento, correspondeu a 22% e 78% respectivamente. Se analisarmos o total das providências, de acordo com a origem das

solicitações, verificou-se que 42% dos itens foram solicitados pelos serviços públicos de saúde e 58%, por outros serviços.

Esse panorama nos permite afirmar que a Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto - SP beneficiou tanto usuários provenientes da assistência de saúde pública quanto usuários de outros serviços de saúde, não havendo restrições de acesso à Justiça Brasileira relacionadas à origem do usuário no sistema de saúde.

A abordagem qualitativa possibilitou destacar vários elementos trazidos pelos entrevistados e dialogar com a literatura científica. A opinião dos profissionais, muitas vezes divergentes, possibilitou discussão ampla, aprofundada e entrelaçada entre os temas definidos previamente e os próprios discursos.

De maneira geral, os entrevistados apontaram o processo saúde-doença e os seus diversos e complexos determinantes para conceituar o estado de saúde e de doença, na discussão sobre a reorganização dos sistemas de saúde para promover saúde universal de maneira integral e integrada, foi chamado a atenção para: os sentidos da integralidade na atenção em saúde e os valores, princípios e elementos que se fazem necessários em uma sociedade apta para desenvolver essa premissa. Os entrevistados afirmaram que o sistema de saúde tem responsabilidade tanto no estado de saúde quanto no de doença dos usuários e que a Judicialização da Saúde é capaz de retratar as necessidades no setor que podem não ter sido atendidas no sistema, apesar da prerrogativa constitucional. Quanto à discussão sobre o direito à saúde, foram resgatados os conceitos sobre o processo saúde-doença, associando a integração dos poderes e saberes e a relação entre o Estado, o cidadão e o Poder Judiciário na efetivação do acesso à saúde.

Os entrevistados definiram o fenômeno como a intervenção do Poder Judiciário quando o Executivo falha. Elencaram ainda: a necessidade pessoal, a falta de acesso gerada pelo sistema de saúde, a condição socioeconômica, a falta de informação, a insatisfação com o tratamento atual, o abuso de direito e a má postura de alguns prescritores como os motivos pelos quais os usuários acionam a Justiça. Todos concordaram que a Judicialização da Saúde pode contribuir com as Políticas Públicas, entretanto afirmam que a modernização do sistema de saúde deveria ocorrer conforme o avanço da ciência, sem a interferência do Poder Judiciário. Além da via judicial, outros caminhos não judiciais foram apontados para se efetivar o acesso à saúde, tais como: a via administrativa oferecida pelo município que acolhe as demandas de alguns produtos de saúde, a busca por entidades de assistência social e pela própria família.

Ainda, os entrevistados ao compartilharem suas rotinas no contexto estudado, exaltaram a relevância do contato entre os profissionais de diversas categorias, mostraram-se satisfeitos com os resultados do seu trabalho, pois contribui para a garantia do acesso aos cuidados de saúde, pode

favorecer o aprimoramento das Políticas e Gestão Públicas, racionaliza os recursos financeiros no setor na medida em que qualificam as demandas. Com relação às ferramentas utilizadas para a análise das solicitações, além das visitas domiciliares, das evidências científicas, dos documentos e exames pessoais dos usuários e da otimização dos recursos destacados pelos profissionais da CASE, podemos dizer que a própria CASE é uma ferramenta que auxilia o Poder Judiciário na tomada de decisão. A esses instrumentos, somam-se ainda: a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/90, utilizadas pelos integrantes da área jurídica.

Vale destacar que, segundo alguns dos entrevistados, apesar de todo aparato técnico utilizado no processo da Judicialização da Saúde, há espaço também para um olhar subjetivo e sensível sobre as demandas, que pode contribuir com a humanização do sistema de saúde.

Refletindo sobre os diversos sentidos da integralidade na atenção à saúde, podemos dizer que a Judicialização da Saúde, dentro do cenário de estudo, constitui-se em uma via de acesso, predominantemente individual, para conquistar, principalmente, cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção - um de seus significados.

Se conseguirmos - cada um a seu modo, dentro de seus limites e responsabilidades - valorizar, difundir, exigir e efetivar: uma mudança de visão - da prática fragmentada para a holística dos usuários e suas famílias - a relevância da prevenção e promoção de saúde no setor; a articulação dos diferentes níveis de atenção do sistema; a estruturação das práticas e serviços de saúde conforme modelos de atenção alinhados às diversas condições presentes na vida das pessoas e o compromisso estatal às necessidades de saúde dos distintos segmentos populacionais; fazendo desse princípio o elemento central do nosso dia-a-dia (enquanto profissionais do setor) e, também, de nossas ações (enquanto indivíduos e cidadãos) perante a sociedade, talvez possamos contribuir para o fortalecimento do nosso SUS em todas as suas perspectivas.

Talvez, essa nova dinâmica - que abarca os demais significados da Integralidade da Atenção em Saúde - também pudesse ser retratada e pleiteada por meio da Judicialização da Saúde, até que seja incorporada - efetivamente - ou inerente ao SUS e a rotina de todos nós, seus usuários e profissionais de saúde.

E perante a todas essas considerações subjetivas, resultados objetivos e reflexões, afirmamos que conseguimos responder aos objetivos dessa pesquisa. A interação das abordagens ampliou a nossa compreensão acerca do fenômeno, ajustou o nosso olhar na perspectiva da Integralidade da Atenção em Saúde no contexto estudado e permitiu a formulação de outras perguntas, inquietações e vertentes que poderão ser contempladas em investigações futuras.

REFERÊNCIAS⁸⁶

AGUIAR, Z. N. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. cap. 2, p. 43-68.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALONSO, E. D.; ZACCA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud Publica Mex.**, Morelos, v. 53, p. 168-176, 2011. Suplemento 2.

ALVES, A. R. et al. Saúde e doença: uma abordagem sociocultural. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996. cap. 2, p. 56-74.

ALVES, C. L. A saúde como direito fundamental difuso. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n. 111, abr. 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13091&revista_caderno=9>. Acesso em: set. 2013.

ALVES, D. C.; BAHIA, L.; BARROSO, A. F. B. O papel da justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2 p. 279-290, fev. 2009.

ANGELL, M. **Drug Companies and Doctors: a story of corruption**. The New York review of books. 2009. Disponível em: <<http://www.nybooks.com/articles/archives/2009/jan/15/drug-companies-doctors-a-story-of-corruption/?page=1>>. Acesso em: 30 dez. 2012.

ANGELO, M. **Direitos humanos**. São Paulo: Editora de Direito, 1998.

ASENSI, F. D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 23 n. 3, p. 801- 820, jul./set. 2013.

BALESTERO, G. S. Direitos fundamentais e reserva do possível: a judicialização da saúde. **Rev. Direito Adm. Constit.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 46, p. 137-160, out./dez. 2011.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 11-41.

⁸⁶ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT)**. 2 ed. São Paulo: Sistema Integrado de Biblioteca da USP, 2009. 102 p. (Cadernos de Estudos 9)

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Lisboa 70, 2011.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Migalhas, 2008. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI52582,81042-Da+falta+de+efetividade+a+judicializacao+excessiva+Direito+a+saude>>. Acesso em: 9 set. 2012.

BELLATO, R. et al. Mediação do direito à saúde pelo tribunal de Justiça: análise da demanda. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 356-362. abr./jun. 2012.

BERNARD, E. The politics of Canada's health care system: lessons for the US. **Radical America**, v. 24, n. 3, 1993. Disponível em: <<http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

BLIACHERIENE, A. C. et al. Protocolo de acesso aos bens de saúde por via judicial no Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, J. S. et al. (Org.). **Protocolos clínicos e de regulação**: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 195-209.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. 13. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BORGES, A. G. Reflexões sobre a judicialização de políticas públicas. **Rev. Bras. Direito Público**, Belo Horizonte, v. 7, n. 25, p. 9-44, abr./jun. 2009.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 13-38, 2009.

_____. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de primeira instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, jan. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 abr. 2012.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, DF, 1996a.

_____. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 nov. 1996b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm> Acesso em: 20 set. 2013.

_____. Lei nº 9.659, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Lei_9656_de_03_06_1998.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2012.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 7 set. 2012.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 set. 1999b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm >. Acesso em: 18 set. 2013.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 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 Constituição Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 14 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Brasília, DF, 2001b. Disponível em:< http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A saúde no Brasil**: estatísticas essenciais 1990-2000. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 abr. 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 18 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Padrões de qualidade do atendimento ao cidadão**: manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. Brasília, DF, 2002c.

_____. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc45.htm>. Acesso em: 29 jul. 2011.

_____. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 abr. 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 18 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **O remédio via justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio das ações judiciais. Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006d.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília, DF, 2009a.

_____. Lei complementar nº 132 de 07 de outubro de 2009. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 out. 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp132.htm>. Acesso em 28 dez. 2012.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Gestor do Decreto nº 7508. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. **Código penal, processo penal e constituição federal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 15-121.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação básica do SUS**. [2013]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/320/legislacao.html>> Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html>. Acesso em: 3 mar. 2014.

CAMELO, D. G. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 7, n. 3, p. 305-316, 2005.

CAMPOS, D. C. Análise de conteúdo na pesquisa qualitativa. In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciência: análise quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007. cap. 21, p. 265-288.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf> >. Acesso em: 2 jun. 2012.

CAMPOS NETO, O. H. C. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-9, 2012.

CANADA. **Cuidados Médicos no Canadá: um guia para recém-chegados ao Ontário**. Edição para Toronto. 2000. Disponível em: http://www.settlement.org/downloads/cuidados_medicos_no_canada.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

_____. **Canada's health care system 2011**. 2011. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

_____. Department of justice 2012. **Constitution Acts: 1867 to 1982**. Disponível em: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/Const/page-1.html#docCont>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito Constitucional e teoria da Constituição**. 7. ed., Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHO, E. R. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 23, p. 115-126, nov. 2004.

CARRIJO, R. S.; RASERA, E. F. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 653-663, 2013.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan.-fev. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 115-128.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 25, p. 1839-1849, ago. 2009.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final**. 2008. Disponível em: <<http://bvsdss.iciet.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=5>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **The right to the highest attainable standard of health**. 2000. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument#1>>. Acesso em: 20 set. 2013.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **8ª Conferência Nacional de Saúde**: 17 a 21 de março de 1986: relatório final. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

CONILL, E. M. et al. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 328-347, jul./set. 1991.

CONSELHO DA EUROPA. **Carta Social Europeia**. 1961. Disponível em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/conv-tratados-18-10-961-ets-35.html>>. Acesso em: 09 out. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomendação aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Diário Justiça**, Brasília, DF, 31 mar. 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_31.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

CRUZ NETO, O.; MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. cap. 3, p. 61-77.

CUBA. Ministerio de Salud Publica. **Anuário estadístico 2009**. Salud pública y asistencia social. La Habana: MINASP, 2010. cap. 19. Disponível em: <<http://www.one.cu/aec2009/datos/19SALUD.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2012.

_____. Ministerio de Salud Publica. **Anuário estadístico de salud 2010**. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana, abr. 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5288%3Aanuario-estadistico-de-salud-de-cuba%2C-2010&catid=2394%3Areports&Itemid=2395&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2012.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DALLARI, D. A. A presença do estado. In: _____. **O futuro do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2007. cap. 2, p. 75-155.

_____. **O que são direitos da pessoa**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 5-63, 1988.

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, p. 107-122, mar./jun. 2008.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap. 7, p. 195-223.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

EXISTEM mais de 240 mil processos. **Consultor Jurídico**, São Paulo, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br>>. Acesso em: 7 jun. 2011.

FALEIROS, V. P. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

FALEIROS, V. P. As reformas da seguridade social: o contexto mundial e o caso canadense. **Ser Social**, Brasília, n. 4, p. 195-233, 1999.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p. 114-120.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA FILHO, M. G. **Direitos humanos fundamentais**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

FIGUEIREDO, T. A.; CASTRO, C. G. S. O.; PEPE, V. L. E. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 5159-5166, 2013. Suplemento 1.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr.-jun. 2012.

FLEURY, S.; OUVERNY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 1, p. 1-42.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. **A judicialização do direito à saúde**: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos por via judicial – critérios e experiências. Brasília, DF: BDJur, 2008. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/16694>>. Acesso em: 5 set. 2012.

_____. Judicialização do direito à saúde: prós e contras. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde**: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 19, p. 255-276.

GARCIA, J. L. R. A economia cubana: experiências e perspectivas (1989-2010). **Est. av.**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 29-44, 2011.

GIL, R. F. **Atividades do enfermeiro de centro de material e esterilização em instituições hospitalares**. 2012. 139 f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

HEIMANN, L. S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sobravime, 2000.

HUNT, L. **A invenção dos direitos humanos: uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2003.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar.-abr. 1998.

KADT, E.; TASCA, R. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

KOERICH, M. S. et al. La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud. **Enferm. Glob.**, Murcia, n. 17, p. 0-0. oct. 2009.

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, p. 1665-1672, 2010. Suplemento 1.

LEITE, S. N. et al. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 13-28, 2009.

LIMA JÚNIOR, J. B. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

LINS, A. C. V. A produção da prova, o direito à saúde e a correlação nas ações individuais: uma visão pragmática. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde**: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 8, p. 105-118.

LOPES, L. C. et al. Uso racional de anti-neoplásicos e ações judiciais no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, 2010.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, ago. 2011.

MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização no Brasil. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008.

_____. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, jul.-out. 2009.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência pública de saúde: questões para a judicialização e gestão de saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, jul.-ago. 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, p. 590-598, 2011.

MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Lua Nova**, São Paulo, n. 57, p. 113-134, 2002.

MANZINI-COVRE, M. L. **O que é cidadania**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1985.

MARQUES, S. B. A garantia do direito social à assistência farmacêutica: o papel do sistema jurídico e do sistema político. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 7, n. 1/3, p. 195-217, 2006.

_____. Judicialização do direito à saúde. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, jul.-out. 2008.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JÚNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, mai./ago. 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 42-66.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 60-68, 1994.

MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 2, p. 57-98.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. et al. Um dos grandes desafios para os gestores de SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 1, p. 15-36.

MESSEDER, A. M.; CASTRO, C. G. S. O.; 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, p. 525-534, mar./abr. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família.** 2003. 153 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MORAES, A. **Direitos humanos fundamentais.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e com técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. cap. 17, p. 269-279.

NAFFAH FILHO, M.; CHIEFFI, A. L.; CORREA, M. C. M. M. A. S-Codes: um novo sistema de informações das ações judiciais da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **BEPA**, São Paulo, v. 7, n. 84, p. 18-30, dez. 2010.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

NIGRINI, G. V.; LLANOS, U. F. Ciencias sociales y políticas públicas **Rev. Mex. Sociol.**, México, v. 71, p. 167-191, dic. 2009. Número especial.

NUNES, A. A. A avaliação econômica de fármacos e outras tecnologias em saúde instrumentalizando o poder público e judiciário para tomada de decisão: potencialidades e limitações. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial.** São Paulo: Atlas, 2010. cap. 11, p. 143-161.

ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA (OUA). **Carta Africana dos Direitos humanos e dos povos:** Carta de Banjul. 1981. Disponível em: <<http://dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Carta das Nações Unidas.** 1945. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/cartonu.htm>>. Acesso em: 21 set. 2013.

_____. **Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial.** 1965. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/lex81.htm>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** 1966. Disponível em: <<http://dhnet.org.br/direitos/sip/ onu/doc/pacto1.htm>>. Acesso em: 17 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Proclamação de Teerã**. 1968. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/ onu/doc/teera.htm>>. Acesso em: 17 set. 2013.

_____. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. 1979. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/ onu/mulher/lex121.htm>>. Acesso em: 9 set. 2013.

_____. **Convenção relativa aos povos indígenas e tribais em países independentes**. 1989. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/ onu/indios/conv89.htm>>. Acesso em: 2 set. 2013.

_____. **Conferência de direitos humanos: Viena 1993**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>>. Acesso em: 5 set. 2013.

_____. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. 2008. Disponível em: <<http://www.inr.pt/uploads/docs/direitosfundamentais/convencao/ConvTxtOfPort.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Americana sobre direitos humanos: pacto de São José da Costa Rica**. 1969. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

_____. **Convenção internacional sobre a proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias**. 1990. Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1990%20Convenção%20Internacional%20sobre%20a%20Proteção%20dos%20Direitos%20de%20Todos%20os%20Trabalhadores%20Migrantes%20e%20suas%20Famílias,%20a%20Resolução%2045-158%20de%2018%20de%20dezembro%20de%201990.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2013.

_____. **Protocolo de San Salvador**: protocolo adicional à convenção interamericanas sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais. 1998. Disponível em: <<http://dhnet.org.br/direitos/sip/ oea/protsalv.htm>>. Acesso em: 8 set. 2013.

_____. **Convenção Europeia dos direitos humanos**. 2011. Disponível em: <<http://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=536&IID=4>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: < <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca.** 2008. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2014.

_____. **Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação.** Genebra, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Derechos humanos y derecho a la salud: construyendo ciudadanía en salud.** Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcance operativos. Lima: OPS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). As políticas públicas e os sistemas e serviços de saúde. In: _____. **Saúde nas Américas.** Washington, 2007a. p. 314-405. Disponível em: <<http://www.OPS.org.br/publicac.cfm>>. Acesso em: 9 jun. 2012.

_____. Cuba. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas.** Washington, DC, 2007b. v. 2. p. 262-279. Disponível em: <[http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Cuba%20English.pdf#search="cuba">](http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Cuba%20English.pdf#search=)_. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan- Americana da Saúde. Washington, DC: OPAS, 2007c.

_____. Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas:** panorama regional e perfis de países. Washington, DC, 2012a. p. 78-81.

_____. Canada. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas:** panorama regional e perfis de países. Washington, DC, 2012b. p. 82-85.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. Salud Pública,** Colombia, v. 14, n. 2, p. 340-349, abr. 2012.

PEPE, V. L. E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar. 2010a.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010b.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3551-1560, 2010. Suplemento 3.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-17, 2010.

PIOVESAN, F.; CARVALHO, P. L. Políticas para implementação do direito ao acesso a medicamentos no Brasil. In: PIOVESAN, F.; GARCIA, M. (Org.). **Direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011. v. 3, cap. 1, p. 477-512.

PIOVESAN, F.; SUDBRACK, U. G. Direito à saúde e o dever de informar. In: PIOVESAN, F.; GARCIA, M. (Org.). **Direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011. v. 3, cap. 1, p. 513-542.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, A. P. M. et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-580, jul.-ago. 2010.

RAEFFRAY, A. P. O. **Direito da saúde**: de acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2005.

RAMOS, A. M. Reflexões sobre a judicialização e o ativismo judicial nas ações coletivas. SP: **Rev. Areópago Jurídico**, São Paulo, ano 3, ed. 10, p. 40-53, abr.-jun. 2010.

RAMOS, K.; FERREIRA, A. S. Análise da demanda de medicamentos para uso off label por meio de ações judiciais na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 98-121. mar./jun. 2013.

REPUBLICA DE CUBA. **Constitución (1976)**. Constitución de La República de Cuba. 1976. Disponível em: <<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>>. Acesso em: 24 out. 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual do Serviço de Atenção Domiciliar**. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/i16indice.php>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: período 2010-2013. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão:** período janeiro a dezembro de 2012. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/2012_relatorio_gestao.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1525-1532, 2007.

RIBEIRO, R. J. B.; CASTRO, R. G. O direito à saúde e o orçamento público: a busca de um equilíbrio estável. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 21, p. 289-296.

ROMANOW, R. J. **Building on values:** the future of health care in Canada – final report. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. 8. ed., São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SANTANA, J. L. O princípio constitucional da eficiência e o SUS. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 4, p. 42-59.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam. Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 138-144, fev. 2011a.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714-721, ago. 2011b.

SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida: um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: _____. (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010a. p. 15-62.

SANTOS, L. Direito à saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições. In: SANTOS, L. (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010b. p. 145-179.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Acesso às ações e serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2880, 2012.

SANTOS, S. S. Direito canadense: algumas particularidades. **Interface Brasil/ Canadá**, Rio Grande, n. 7, p. 233-250, 2007.

SÃO PAULO. Ministério Público. **Promotorias de Justiça**. [2012]. Disponível em: < http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Promotorias_de_Justica >. Acesso em: 9 jun. 2012.

_____. Ministério Público. **Prática da promotoria de Ribeirão Preto na área da saúde é premiada em concurso nacional**. 2012a. Disponível em: < http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/maio_2012/Pr%C3%A1tica%20da%20Promotoria%20de%20Ribeir%C3%A3o%20Preto%20na%20%C3%A1rea%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20%C3%A9%20premiada%20em%20concurso%20nacional >. Acesso em: 7 maio 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS - 106 de 01 de novembro de 2012. Altera o item 57 da Resolução SS 54 de 11 de maio de 2012 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 30 de 02 nov. 2012b. n. 208, Seção 1, p. 30.

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. B.; BONFIM, J. R. A. (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. cap. 2, p. 129-138. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 43-73.

SILVA, P. **Vocabulário jurídico**. 27. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

SILVA, L. F. et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996. cap. 3, p. 75-96.

SILVA, R. C. C. Possibilidades de atuação das ouvidorias públicas de saúde: um estudo de caso das demandas do Ministério Público em município de pequeno porte. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 60-76, mar./jun. 2013.

SIQUEIRA, D. P.; RAGAZZI, J. L. Direito fundamental à saúde: um enfoque histórico evolutivo. In: GOTTEMS, C. J.; SIQUEIRA, D. P. (Coord.). **Direitos fundamentais: da normatização à efetividade nos anos 20 anos da Constituição Brasileira**. São Paulo: Boreal, 2008. p. 68-90.

SIQUEIRA, J. E. Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, jan./mar. 2003.

SOARES, J. C. R. S.; DEPRÁ, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 311-329, 2012.

SOUZA, I. P. et al. Direito à saúde no Tribunal de Justiça: demanda por medicações em oncologia. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 919-928, 2012.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo. v. 41, p. 765-70, 2007. Número especial.

STAMFORD, A.; CAVALCANTI, M. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 791-799, 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p. 121-136.

THIOLLENT, M. Planejamento do projeto de pesquisa-ação. In: _____. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997. cap. 4, p. 57-92.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 5, p. 116-175.

UNITED NATIONS. **Universal Declaration of Human Rights**: 60th Anniversary Special Edition 1948-2008. Published by the United Nations Department of Public Information. 2007. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/bookleten.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2013.

VÁZQUEZ, A. Ciencia política, antropología política y democracia pluricultural. **Pap. trab. - Cent. Estud. Interdiscip. Etnolingüíst. Antropol. Sociocult.**, Rosario, n. 18, p. 00-00, dic. 2009.

VENTURA, C. A. A. **Saúde Mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. 2011. 199 p. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011a.

VENTURA, C. A. A. Aspectos da interface entre o Direito e a saúde mental. In: SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. (Org.). **Saúde Mental: novas perspectivas**. São Paulo: Yendis, 2011b. cap. 11, p. 175-195.

VENTURA, 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.

VIANA, A. L. A.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. A.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15- 60.

VIANNA, D.; CLARK, O. Medicina baseada em evidências como ferramenta para as ações judiciais. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 9, p. 119-127.

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, p. 365-369, 2008.

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, p. 214-222, 2007.

_____. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 672-683, 2009.

UNICEF. **A Convenção sobre os direitos da criança**. 2004. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. Acesso em: 5 set. 2013.

WEICHERT, M. A. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SANTOS, L. (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010. p. 101-142.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution**. 1946. Disponível em: <<http://apps.who.int/Gb/bd/PDF/bd47/em/constitution-em.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2013.

ZUFELATO, C. Tutela jurisdicional coletiva brasileira: noções gerais. In: ZUFELATO, C. (Org.). **Coisa julgada coletiva**. São Paulo: Saraiva, 2011. cap. 2, p. 48-81.

Apêndice A:
Instrumento de coleta de dados junto aos registros do Ministério Público

Instrumento de coleta de dados nº _____ Data de coleta dos dados: ____/____/____

Data de recebimento da demanda no Poder Judiciário: ____/____/____

1-Iniciais do nome do usuário: _____ 2-Sexo: F ☐ M ☐

2-Data de nascimento: ____/____/____

3-Região de procedência:

3a-Bairro: _____ 3b-Município: _____ 3c- Estado: _____

4-Renda Familiar: _____

5-Agravo/doença/situação que acomete o usuário: _____

5a- CID: _____

6-Demanda solicitada:

- ☐ Medicamento: especificar _____
- ☐ Equipamento: especificar _____
- ☐ Procedimento: especificar _____
- ☐ Apoio diagnóstico: especificar _____
- ☐ Vaga para internação: especificar _____
- ☐ Tratamento específico: especificar _____
- ☐ Dieta especial: especificar _____
- ☐ Outros insumos: especificar _____

7-Origem do usuário quanto à utilização do serviço de saúde:

7a- Serviço de saúde onde foi realizada a solicitação da demanda:

- ☐ Público: especificar _____
- ☐ Privado: especificar _____
- ☐ Convênio: especificar _____
- ☐ Outros: especificar _____

8 - Possui exames em seu histórico junto à Promotoria? Sim ☐ Não ☐

8a-Se sim, assinalar a quantidade de exames (ex.) no seu histórico:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ mais de 6 ☐

Nome do ex1: _____ Local de realização: _____

Nome do ex2: _____ Local de realização: _____

Nome do ex3: _____ Local de realização: _____

Nome do ex4: _____ Local de realização: _____

Nome do ex5: _____ Local de realização: _____

Nome do ex6: _____ Local de realização: _____

Responsável pela coleta: _____

Apêndice B

Roteiro das entrevistas

Entrevista nº _____

Data da entrevista: ____/____/____

1- Dados de identificação do entrevistado:

- Iniciais do entrevistado: _____
- Formação profissional: _____
- Função/cargo atual (relacionada à Judicialização): _____
- Atuação em outro local exercendo esta função: Não ☐ Sim ☐ Especificar: _____

- Experiência anterior na função/cargo atual: Não ☐ Sim ☐ Especificar o local e o tempo: _____

- Como o senhor (a) foi escolhido para a função:
 - ☐ Concurso público. Especificar: _____
 - ☐ Indicação. Especificar: _____
 - ☐ Processo seletivo. Especificar: _____
 - ☐ Outros meios. Especificar: _____

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
conceito de saúde e doença	1. O que o senhor acha fundamental para se ter saúde? 2. Que fatores contribuem para o adoecer?
responsabilidade do sistema de saúde na saúde e na doença	1. De que forma o sistema de saúde pode contribuir para a saúde do usuário? 2. E de que forma pode contribuir para o seu adoecer?
conceito de direito à saúde	1. Como o senhor define o direito à saúde? 2. Considerando o direito à saúde uma premissa constitucional, de que forma o senhor acha que ele pode ser efetivado? 3. Na sua opinião, quem (ou o que) é responsável pela efetivação do direito à saúde? 4. De que maneira o cidadão pode ter o seu direito à saúde efetivado? 5. De que maneira o Estado pode efetivar o direito à saúde do cidadão?
a Judicialização da Saúde	1. Como o senhor define a Judicialização da Saúde? 2. Quais as razões fazem o cidadão judicializar? 3. O senhor acha que a Judicialização da Saúde pode contribuir com as políticas públicas de saúde? De que forma? 4. O cidadão que não busca a via judicial tem o seu direito à saúde efetivado? De que forma?
seu próprio trabalho no contexto da Judicialização da Saúde	1. Quais são suas atividades relacionadas à Judicialização da Saúde? 2. De que forma estas atividades contribuem para a efetivação do direito à saúde do cidadão? 3. Quais instrumentos o senhor utiliza para realizar estas atividades? 4. Dentro do contexto da Judicialização da Saúde, o senhor tem contato com outros profissionais? Com quem? Por que? Para que? 5. Como o senhor vê o resultado do seu trabalho?

Apêndice C

Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a 1ª etapa da pesquisa

Ribeirão Preto, de 29 de agosto de 2012.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

Assunto: *Dispensa* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na **1ª etapa** da pesquisa

A pesquisadora *Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez* nº USP: 6683528, regularmente matriculada no curso de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, solicita por meio deste, a *dispensa* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na **1ª etapa** de sua pesquisa “A Judicialização como garantia do direito à saúde no município de Ribeirão Preto”. A *dispensa* refere-se à coleta de dados nos procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão durante o período de novembro de 2012 a abril de 2013. Os dados que se pretende coletar (sexo, data de nascimento, região de procedência, renda, tipo de agravo/doença/situação que acomete o usuário, demanda solicitada e o serviço de saúde onde foi feita a solicitação da demanda), **não** serão utilizados para identificar, localizar e/ou contatar os usuários. Estes dados serão manipulados com rigor ético a fim de preservar o sigilo da identidade dos usuários que solicitaram suas demandas à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto.

Atenciosamente,

Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez
Mestranda do Programa de Enfermagem de Saúde Pública
da EERP-USP - Pesquisadora

Silvana Martins Mishima
Profª Titular do Deptº de Saúde Materno-infantil e Saúde
Pública da EERP-USP - Orientadora

Ilma Sra

Profa Dra Lucila Castanheira Nascimento

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a 2ª etapa da pesquisa (frente)

Eu, **Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez**, aluna de pós-graduação, nível mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa sob orientação de **Silvana Martins Mishima**, Professora Titular do departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. O trabalho é intitulado “A Judicialização como garantia do direito à saúde no município de Ribeirão Preto-SP”. Tem por objetivo geral analisar os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais dos cidadãos residentes em Ribeirão Preto-SP, solicitados à Gestão Pública de Saúde na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público desse município. Tem por objetivos específicos caracterizar o perfil sócio demográfico dos usuários residentes em Ribeirão Preto, que pleiteiam seu direito à saúde; identificar o agravo/doença/situação que acomete esses usuários; caracterizar a demanda solicitada; identificar e caracterizar o serviço de saúde responsável pela solicitação da demanda; identificar e analisar as ferramentas e critérios utilizados para análise das demandas individuais solicitadas à Gestão Pública de Saúde.

Gostaríamos de convidá-lo a participar deste trabalho que tem duas etapas. A primeira etapa, já cumprida, consiste em coleta de dados, na qual a pesquisadora realizou análise documental tendo como fonte os registros nos procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto. A segunda etapa, atual, consiste na realização de **entrevista semi-estruturada**, na qual a pesquisadora Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez, conforme seu projeto, realizará esta interlocução com os sujeitos-chave envolvidos no processo da Judicialização da Saúde, dentre os quais o senhor(a) foi selecionado(a), pela pesquisadora acima citada, a partir da coleta anterior de dados e informações, considerando o seu papel no contexto da Judicialização. O local da entrevista será definido conforme sua disponibilidade e possibilidade, para onde a pesquisadora se deslocará, em data e horário previamente agendados.

Pela estrutura da entrevista, esta deve tomar aproximadamente 45 minutos do seu tempo, e será gravada, sendo também suas respostas por mim anotadas. Ao fim da entrevista, perguntarei se o senhor(a) consente com eventual publicação de todas as respostas fornecidas, com texto, evidentemente, fiel ao quanto respondido pelo senhor(a). A gravação da entrevista servirá apenas para análise da pesquisadora, e não será em hipótese alguma divulgada. O texto da resposta, entretanto, será identificado, pois é da essência da pesquisa que o conteúdo da resposta seja confrontado com o cargo exercido e seu papel no contexto da Judicialização. A **qualquer momento**, antes da publicação do trabalho, posso, atendendo ao pedido simples do senhor(a), deixar de publicar suas respostas. Para isso deixo, neste termo, meus contatos.

Não se preveem benefícios imediatos de sua participação, porém, sua contribuição a esta pesquisa pode ajudar a compreender o fenômeno da Judicialização e, assim, apontar futuras soluções para a gestão da saúde na região. Os riscos previstos são apenas algum desconforto no momento de resposta às perguntas, a exemplo da efetividade do trabalho exercido pelo senhor(a), porém sua participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida.

Comprometemo-nos também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após o término da pesquisa. Os meios para contato são: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP situado na Av. Bandeirantes nº 3900, Campus universitário, Ribeirão Preto, CEP: 14040-902 e telefones: (16) 3602-3951/3237-3487.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez
Mestranda do Programa de Enfermagem de Saúde Pública da
EERP-USP – Pesquisadora
Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto,
CEP: 14040-902 e telefones: (16) 3602-3951/3237-3487
nimeyer5@hotmail.com

Silvana Martins Mishima
Profª Titular do Depto de Saúde Materno-infantil e Saúde Pública
da EERP-USP - Orientadora
Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto,
CEP: 14040-902 e telefones: (16) 3602-3951
smishima@eerp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(verso)

Eu, _____, exercendo o
cargo de _____ no/na _____,
abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos que constam na primeira página desta folha, aceito participar
da pesquisa, recebendo neste momento cópia assinada deste termo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

Apêndice E:

Relação completa dos agravos, segundo o CID-10, que acometem os demandantes contra a Gestão Pública de Saúde junto à Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público de Ribeirão Preto, de novembro de 2012 a abril de 2013, Ribeirão Preto, SP

CID-10	Nome do agravo	nº
A 46	Erisipela	1
A 88	Outras afecções do sistema nervoso central não classificadas em outra parte	1
B 15	Hepatite aguda A	1
B 41.8	Outras formas de paracoccidiodomicose	1
C 18	Neoplasia maligna do cólon	1
C 20	Neoplasia maligna do reto	1
C 34.9	Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado	1
C 41.2	Neoplasia maligna da coluna vertebral	1
C 50	Neoplasia maligna da mama	1
C 50.9	Neoplasia maligna da mama, não especificada	3
C 61	Neoplasia maligna da próstata	4
C 67	Neoplasia maligna da bexiga	1
C 71	Neoplasia maligna do encéfalo	1
C 80	Neoplasia maligna sem especificação de localização	1
C 83.3	Linfoma não Hodgkin difuso	1
D 39.1	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ovário	1
D 40.0	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da próstata	1
D 43.1	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do encéfalo	1
D 46.2	Anemia refratária com excesso de blastos	1
E 10	Diabetes mellitus insulino dependente	6
E 10.7	Diabetes mellitus insulino dependente com complicações múltiplas	1
E 10.9	Diabetes mellitus insulino dependente sem complicações	6
E 11	Diabetes mellitus não insulino dependente	2
E 11.7	Diabetes mellitus não insulino dependente com complicações múltiplas	1
E 11.8	Diabetes mellitus não insulino dependente com complicações não especificadas	1
E 14.9	Diabetes mellitus não especificado sem complicações	3
E 23.2	Diabetes insípido	1
E 44.0	Desnutrição proteico calórica moderada	1
E 46	Desnutrição proteico calórica não especificada	1
E 66.2	Obesidade extrema com hipoventilação alveolar	1
E 73.9	Intolerância à lactose não especificada	1
E 89.2	Hipoparatiroidismo pós procedimento	1
F 00	Demência na doença de Alzheimer	9
F 00.0	Demência na doença de Alzheimer de início precoce	1
F 00.1	Demência na doença de Alzheimer de início tardio	1 continua

CID-10	Nome do agravo	nº
F 00.2	Demência na doença de Alzheimer forma atípica ou mista	1
F 01	Demência vascular	1
F 01.9	Demência vascular não especificada	4
F 02	Demência em outras doenças classificadas em outra parte	1
F 02.3	Demência na doença de Parkinson	1
F 03	Demência não especificada	10
F 09	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado	3
F 10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	1
F 10.6	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, síndrome amnésica	1
F 19.2	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência	1
F 20	Esquizofrenia	2
F 22	Transtornos delirantes persistentes	1
F 25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	1
F 31	Transtorno afetivo bipolar	1
F 31.7	Transtorno afetivo bipolar atualmente em remissão	2
F 32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2
F 33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	1
F 33.4	Transtorno depressivo recorrente atualmente em remissão	1
F 40.1	Fobias sociais	1
F 42	Transtorno obsessivo compulsivo	1
F 70	Retardo mental leve	2
F 71	Retardo mental moderado	1
F 72	Retardo mental grave	3
F 72.1	Retardo mental grave comprometimento significativo do comportamento requerendo vigilância ou tratamento	1
F 79	Retardo mental não especificado	1
F 79.9	Retardo mental não especificado sem menção de comprometimento de comportamento	1
F 84	Transtornos globais do desenvolvimento	1
F 84.0	Autismo infantil	1
F 90	Transtornos hipercinéticos	6
F 90.0	Distúrbio da atividade e atenção	13
G 20	Doença de Parkinson	9
G 30	Doença de Alzheimer	43
G 30.0	Doença de Alzheimer de início precoce	2
G 30.1	Doença de Alzheimer de início tardio	9
G 30.9	Doença de Alzheimer não especificada	2

continuação

CID-10	Nome do agravo	nº
G 31	Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte	1
G 31.1	Degeneração cerebral senil não classificadas em outra parte	1
G 31.8	Outras doenças degenerativas especificadas do sistema nervoso	1
G 31.9	Doença degenerativa do sistema nervoso não especificada	2
G 35	Esclerose múltipla	2
G 36.0	Neuromielite óptica	2
G 40	Epilepsia	1
G 40.4	Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas	1
G 45.0	Síndrome da artéria vertebro basilar	2
G 47	Distúrbios do sono	7
G 47.3	Apneia de sono	104
G 47.9	Distúrbio de sono não especificado	1
G 57	Mononeuropatias de membros inferiores	1
G 80	Paralisia cerebral	3
G 80.9	Paralisia cerebral não especificada	1
G 81.1	Hemiplegia espástica	2
G 82.3	Tetraplegia flácida	1
G 82.5	Tetraplegia não especificada	1
G 83	Outras síndromes paralíticas	1
H 34	Oclusões vasculares da retina	1
H 34.1	Oclusão da artéria retiniana central	2
H 35.3	Degeneração da mácula e do polo posterior	8
H 90	Perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro sensorial	1
I 10	Hipertensão essencial primária	3
I 20.8	Outras formas de angina pectoris	1
I 25	Doença isquêmica crônica do coração	3
I 25.1	Doença aterosclerótica do coração	1
I 25.5	Miocardiopatia isquêmica	1
I 42	Cardiomiopatia	1
I 42.0	Cardiomiopatia dilatada	1
I 47.1	Taquicardia supraventricular	1
I 48	Flutter e fibrilação atrial	3
I 50	Insuficiência cardíaca	1
I 50.0	Insuficiência cardíaca congestiva	1
I 52	Outras afecções cardíacas em doenças classificadas em outra parte	1
I 60.7	Hemorragia subaracnóide proveniente de artéria intracraniana não especificada	1
I 63	Infarto cerebral	4
I 63.5	Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artérias cerebrais	1
I 63.9	Infarto cerebral não especificado	1
I 64	Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	21

continuação

CID-10	Nome do agravo	nº
I 67.1	Aneurisma cerebral não roto	1
I 67.2	Aterosclerose cerebral	1
I 67.9	Doença cerebrovascular não especificada	1
I 69	Sequelas de doenças cerebrovasculares	1
I 69.3	Sequelas de infarto cerebral	1
I 69.4	Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	1
I 69.8	Sequelas de outras doenças cerebrovasculares não especificadas	1
I 70.2	Aterosclerose das artérias das extremidades	1
I 72.9	Aneurisma de localização não especificada	1
I 80.0	Flebite e tromboflebite dos vasos superficiais de membros inferiores	1
I 80.1	Flebite e tromboflebite da veia femural	1
I 80.3	Flebite e tromboflebite dos membros inferiores não especificada	1
J 39	Outras doenças das vias aéreas superiores	1
J 41	Bronquite crônica simples a mucopurulenta	1
J 44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	1
J 44.0	Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior	1
J 44.9	Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada	1
J 45.0	Asma predominantemente alérgica	2
J 96.9	Insuficiência respiratória não especificada	1
K 21	Doença de refluxo gastroesofágico	1
K 50	Doença de Crohn	2
K 51.9	Colite ulcerativa sem outra especificação	1
K 58.0	Síndrome do cólon irritável com diarreia	1
K 90.0	Doença celíaca	1
L 80	Vitiligo	2
L 89	Úlcera de decúbito	1
L 98.4	Úlcera crônica da pele não classificada em outra parte	1
M 07.2	Espondilite psoriásica	1
M 15.3	Artrose múltipla secundária	2
M 15.9	Poliartrose não especificada	1
M 17	Gonartrose	1
M 17.0	Gonartrose primária bilateral	1
M 17.9	Gonartrose não especificada	1
M 19.0	Artrose primária de outras articulações	1
M 31	Outras vasculopatias necrotizantes	1
M 32.1	Lúpus eritematoso disseminado com comprometimento de outros órgãos e sistemas	1
M 47	Espondilose	1

continuação

CID-10	Nome do agravo	nº
M 50	Transtornos dos discos cervicais	1
M 54	Dorsalgia	1
M 81.0	Osteoporose pós-menopáusia	1
M 81.9	Osteoporose não especificada	1
N 18	Insuficiência renal crônica	2
N 18.0	Doença renal em estágio final	2
N 18.9	Insuficiência renal crônica não especificada	7
N 25.0	Osteodistrofia renal	2
N 31	Disfunções neuromusculares de bexiga não classificados em outra parte	2
N 31.0	Bexiga neuropática não inibida não classificada em outra parte	3
N 31.2	Bexiga neuropática flácida não classificada em outra parte	1
N 39	Outros transtornos do trato urinário	1
N 39.4	Outras incontinências urinárias especificadas	1
N 40	Hiperplasia da próstata	2
P 27.1	Displasia bronco pulmonar originada no período perinatal	1
P 96.0	Incontinência renal congênita	1
Q 06	Outras malformações congênitas da medula espinhal	1
Q 63.9	Malformação congênita não especificada do rim	1
Q 65.3	Subluxação congênita unilateral do quadril	1
Q 66.2	Metatarso varo	1
Q 89.9	Malformações congênitas não especificadas	1
R 06	Anormalidades da respiração	1
R 15	Incontinência fecal	1
R 32	Incontinência urinária não especificada	10
R 46.3	Hiperatividade	1
R 54	Senilidade	4
R 68	Outros sintomas e sinais gerais	1
S 32	Fratura da coluna lombar e da pelve	1
S 32.0	Fratura da vértebra lombar	1
S 32.7	Fraturas múltiplas de coluna lombar e da pelve	1
S 70	Traumatismo superficial do quadril e da coxa	1
S 72	Fratura do fêmur	1
S 72.0	Fratura do colo do fêmur	1
T 08	Fratura da coluna nível não especificado	1
T 78.2	Choque anafilático não especificado	1
T 90.9	Sequelas de traumatismo não especificado da cabeça	1
Y 88.3	Sequelas de reação anormal de paciente ou complicação tardia causada por procedimento médico e cirúrgico sem menção de acidente durante o procedimento	1 continuação

CID-10	Nome do agravo	nº
Z 00	Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado	1
Z 00.1	Exame de rotina de saúde da criança	1
Z 88.8	História pessoal de alergia a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas	1
Z 94.0	Rim transplantado	1 conclusão
Total		493

Fonte: Ministério Público de Ribeirão Preto, SP, 2012-2013

Anexo A
Parecer consubstanciado do CEP - frente

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A judicialização como garantia do direito à saúde no município de Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Pesquisador: Anna Maria Meyer Maciel Rodríguez

Área Temática: Área 9. A critério do CEP

Versão: 2

CAAE: 06256512.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 128.267

Data da Relatoria: 17/10/2012

Apresentação do Projeto:

Análise de resposta a parecer anterior do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras realizaram as seguintes alterações para atender as solicitações do CEP:

1. Alteraram o número de sujeitos da pesquisa para que constasse tanto a etapa da consulta documental quanto as entrevistas.
2. Descreveram os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa, assim como os riscos

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo A**Parecer consubstanciado do CEP - verso****ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

(no Relatório de Pesquisa).

3. Descreveram a pessoa que irá realizar o convite e o processo de obtenção da assinatura do TCLE.
4. O TCLE foi alterado com relação ao formato (convite) e que será frente e verso. Foi adicionado o local onde ocorrerá a entrevista e que se trata da segunda versão do mesmo.
5. Alteraram o instrumento empregado para analisar a entrevista com os sujeitos de pesquisa, de forma que o mesmo se tornou de mais fácil entendimento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do colegiado.

RIBEIRÃO PRETO, 22 de Outubro de 2012

Assinado por:
Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Telefone: 1636-0233

Município: RIBEIRÃO PRETO

Fax: 1636-0205

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@eerp.usp.br