

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUISTA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

DANILA CARRIJO

**O DIREITO NA SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL E CAMINHOS DE
EFETIVAÇÃO EM PORTUGAL**

**FRANCA
2018**

DANILA CARRIJO

**O DIREITO NA SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL E CAMINHOS DE
EFETIVAÇÃO EM PORTUGAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social - Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira.

FRANCA

2018

Carrijo, Danila.

O Direito na Saúde: judicialização no Brasil e caminhos de efetivação em Portugal / Danila Carrijo. –Franca: [s.n.], 2018.

201 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

1. Direito à saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública - Legislação. I. Título.

CDD – 362

DANILA CARRIJO

O DIREITO NA SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL E CAMINHOS DE EFETIVAÇÃO EM PORTUGAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social - Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Prof^a. Dr^a Cirlene Aparecida H. S. Oliveira- Orientadora

1^a Examinadora: _____
Prof^a Dra. Glória Lúcia Alves Figueiredo – (UNIFRAN)

2^a Examinadora: _____
Prof^a. Dr^a. Marta Regina Farinelli – (UFTM)

3^a Examinadora: _____
Prof^a. Dr^a. Eliana Bolorino Canteiro Martins – (UNESP- Franca)

4^a Examinadora: _____
Prof^a. Dr^a. Fernanda de Oliveira Sarreta – (UNESP- Franca)

Franca, 21 de setembro de 2018.

*Dedico este trabalho aos cidadãos brasileiros que diariamente lutam em busca da garantia do DIREITO
À SAÚDE! Também em memória daqueles que perderam as suas vidas ainda na esperança de terem
tal direito efetivado...*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente GRATIDÃO a Deus, por me fortalecer durante toda a trajetória até aqui! Quem se arrisca a cursar um Doutorado, enquanto assistente social em um contexto com desafiadora e intensa demanda de trabalho compreende a alegria da conclusão da Tese!

Estou alcançando um sonho, o qual somente foi possível por contar com o amparo de várias pessoas presentes em minha vida. O incentivo, apoio e compreensão dos familiares e amigos durante a caminhada foram fundamentais.

Agradeço com muito amor aos meus pais, Leonaldo e Geralda, aos meus irmãos, Daniel e Débora e, a Beatriz, minha sobrinha, que foi a estimulante alegria durante a construção da Tese! Vocês sustentam a minha caminhada da vida!

À Querida orientadora Cirlene, por todo o processo de doutoramento. Orientações que extrapolaram o campo da Tese para a vida, com o seu grande respeito por mim em todos os momentos, pelo seu exemplo de fé e otimismo, que são admiráveis! Também pelo seu afeto, compromisso, competência e incentivo. Sou imensamente grata pela confiança e por compreender as minhas dificuldades de modo tão íntegro. Não fosse assim, eu não teria conseguido. Que Deus sempre ilumine todos os seus passos!

Agradeço aos docentes do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UNESP e, em especial, às professoras Fernanda e Eliana, pela zelosa e fundamental contribuição em ocasião da minha Qualificação de Doutorado.

À Laura Jardim, por toda a atenção e disponibilidade ao atendimento das minhas dúvidas durante a escrita e versão final da Tese.

À amiga Íris Bertani, no passado orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação e do Mestrado em Serviço Social, sem qualquer dúvida é minha maior incentivadora profissional! Ah, como sou grata a você!

À Noémia Lopes, orientadora em Portugal, pelos conhecimentos compartilhados, confiança, apoio e comprometimento com a pesquisa durante todo o período de Doutorado Sanduíche.

Às assistentes sociais portuguesas participantes da pesquisa, pela disponibilidade, atenção e compromisso.

Agradeço a toda equipe do Setor Psicossocial da Comarca de Franca, profissionais que compartilho o cotidiano de trabalho e os desafios inerentes ao

nosso contexto, pelo apoio e incentivo, mesmo em tempos difíceis, para que eu pudesse concluir o Doutorado. Agradeço ainda ao Douglas, que esteve sempre disponível nas ocasiões em que foi necessária a sua intervenção.

Agradeço a todos os profissionais vinculados do Cartório do Ofício da Fazenda Pública da Comarca de Franca, pelo auxílio quanto à efetivação da pesquisa realizada nos processos de saúde.

Aos meus amigos e amigas que são parte indispensável na minha vida e, em especial à Vanessa de Oliveira, a quem devo um grande agradecimento, pois também foi minha principal incentivadora quanto ao meu ingresso e conclusão do Doutorado, compartilhando todos os desafios e oferecendo o apoio necessário, inclusive no período em que estive em Portugal. Valeu minha amiga!

Às amigas Kathiuscia e Suênya, pessoas especiais que também se aventuraram pelo Doutorado Sanduíche, amizades que são presentes que ganhei!

À Ariana Rossi, amiga que nos momentos finais da conclusão da tese foi meu suporte nas correções necessárias. Muito obrigada!

Agradeço à Kênia e à Franca Dragone pelas correções com tanto zelo dos resumos de Inglês e Espanhol.

Finalmente, agradeço a CAPES, pela preciosa oportunidade oferecida através do Programa Doutorado Sanduíche no Exterior, mediante o edital 19/16, processo nº 88881.135101/2016-01.

CARRIJO, Danila. **O direito na saúde:** judicialização no Brasil e caminhos de efetivação em Portugal. 2018. 201f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reconhece a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. Entretanto, como consequência às contrarreformas neoliberais, iniciadas a partir de 1990 e que objetivaram a retirada dos direitos e privatização das políticas sociais, muitos direitos que deveriam ser amplamente garantidos pelo Estado passam a não ter a sua efetivação concretizada, entre eles o direito à saúde. Diante do quadro, cidadãos brasileiros buscam judicialmente o direito à saúde e, assim, o Poder Judiciário, numa frequência cada vez maior, recebe processos de medicamentos, exames ou tratamentos de saúde, que não foram disponibilizados pelo SUS. Este fenômeno é denominado de judicialização do direito à saúde e está presente no Brasil desde a década de 1990, sendo evidenciado nos últimos anos grande aumento no número das demandas. O estudo realizado acerca deste fenômeno na Comarca de Franca objetivou identificar a efetividade do direito à saúde pela via judicial. Para tanto, realizou-se um estudo documental em ações judiciais (Justiça Estadual), com amostra obtida em período compreendido de março de 2014 a março de 2017. Buscou-se ainda, uma aproximação com a realidade de Portugal quanto ao direito à saúde, experiência possibilitada através do Programa Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), considerando que o citado país possui um sistema de saúde com semelhanças ao brasileiro. A questão central da investigação realizada em Portugal se relaciona aos caminhos do acesso à saúde em Lisboa e região. Em ambos os estudos foi adotada a abordagem qualitativa e a metodologia também pautada na revisão bibliográfica, com referencial teórico de autores que discutem o tema e questões afins. No estudo no exterior foram realizadas entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais de hospitais de Lisboa e região. As análises dos dados ocorreram através de categorias que emergiram da realidade concreta. Os resultados no Brasil apontaram para o deferimento judicial dos pedidos dos casos estudados, à exceção dos medicamentos ainda não aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Quanto ao estudo em Portugal, os relatos das profissionais evidenciaram que, não obstante não haver judicialização no citado país, não se pode concluir a garantia de atendimento de “tudo para todos”. Identificase que o enfrentamento do contexto da saúde no Brasil aponta para a relevância de práticas multiprofissionais e, aos atores fica o desafio da judicialização, entre eles, os assistente sociais, salientando que as inovações quanto ao direito à saúde no pós 1988 trouxeram mudanças muito significativas, que vão ao encontro do Projeto Ético-Político do Serviço Social, mas que por outro lado, representam um desafio ao profissional, devido à conjuntura atual da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Serviço Social. Judicialização do Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço Nacional de Saúde (SNS).

CARRIJO, Danila. **The right to health**: judicialisation in Brazil and effective ways in Portugal. 2018. 201 f Thesis (Doctorate in Social Work) - School of Humanities and Social Sciences, São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2018.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988, on its article 196, recognizes health as "a right of all and a duty of the State". However, due to Liberal counterreforms started by 1990 and aimed at the removal of rights and privatization of social policies, many rights that should be guaranteed by the State are still not enforced - among them the right to health. In this scenario, Brazilians seek in Court the right to health; thus, the Judiciary, in a growing frequency, is faced daily with lawsuits claiming for medicines and health treatments, which were not provided by the power public. This phenomenon is called the judicialization of the right to health and is noticeable in Brazil since the 1990s, with a large increase in the number of cases being evidenced in recent years. The research carried out about the phenomenon in the region of Franca/SP/Brazil aimed to identify the effectiveness of the right to health through the judicial process. To this end, we conducted a research of documents in lawsuits (State Court), with a sample collected in the period comprehended between March 2014 to March 2017. Also, the present research offers an approach on the reality of Portugal regarding the right to health, possible through Doctoral Sandwich Program Abroad (PDSE), evidencing that Portugal has a health care system with similarities to the Brazilian system. The central question of research carried out in Portugal relates to paths of access to healthcare in Lisbon and region. In both studies it has been adopted a qualitative approach and methodology also based on literature review, with theoretical framework of authors who discuss the topic and related issues. Partially-structured interviews with social workers in hospitals of Lisbon and region were conducted in the research abroad. The data analysis appeared through categories that emerged from the concrete reality. The results in Brazil pointed that the Judicial Court has accepted all the requests (regarding the assessed cases of the present research), except for drugs that have not been approved by the Health Agency ANVISA until now. Regarding the research in Portugal, the reports of professionals showed that, despite the lack of judicialization in that country, it cannot be concluded the attendance of "everything for everyone". We have identified that the confrontation of the context of health in Brazil points to the relevance of multiprofessionalism and practices, as well as to challenges towards judicialization - among them, the social worker, emphasizing that the innovations regarding the right to health in the post 1988 brought very significant changes that by one side are related to the Ethical-political Project of Social Service, but that on the other hand, represent a challenge to the professional, due to the current situation of health in Brazil.

Keywords: Social Work. Health Law and Judicialization. Unified Health System (SUS). National Health Service (NHS).

CARRIJO, Danila. **El derecho a la salud:** judicialización en Brasil y caminos de ejecución en Portugal. 2018. 201f. Tesis de (Doctorado en Trabajo Social) – Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2018.

RESUMEN

La Constitución Federal de 1988, en su artículo 196, reconoce la salud como "un derecho de todos y un deber del estado". Sin embargo, como consecuencia las contrarreformas neoliberales, que empezaron a partir de 1990 y que tenían como objetivo quitar los derechos y la privatización de las políticas sociales, muchos derechos que deberían ser ampliamente garantizados por el Estado pasan a no tener su ejecución, entre ellos el derecho a la salud. Delante de esta situación, los brasileños se ven obligados a buscar en la justicia sus derechos, aumentando cada día más los procesos, unos requieren medicamentos otros análisis y otros tratamientos, que no fueron proporcionados por la asistencia sanitaria – SUS. Este fenómeno se denomina judicialización del derecho a la salud y está presente en Brasil desde 1990, siendo que en los últimos años un aumento del número de demandas. El estudio hecho sobre este fenómeno en el municipio de Franca tubo como meta identificar la efectividad del derecho a la salud pública por la vía judicial. Para eso se hizo un estudio de los documentos relacionados a las acciones judiciales (Justicia Estadual). Con la muestra de este resultado obtenido dentro del período de marzo de 2014 a marzo de 2017. Se busco aun un acercamiento con la realidad de Portugal con respecto al derecho a la salud, esta experiencia se hizo posible a través de "Programa Doutorado Sanduíche no Exterior" (PDSE), considerando que dicho país posee un sistema de salud semejante al brasileño. La cuestión central de la investigación hecha en Portugal se relaciona a los caminos de acceso a la salud en Lisboa y región. En ambos estudios fue adoptado un abordaje cualitativa y la metodología también fue pautada la revisión bibliográfica, con referenciales teóricos de autores que discuten el tema y cuestiones semejantes. En el estudio hecho, en el extranjero se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con los trabajadores sociales de los hospitales de Lisboa y región. Los análisis de los datos se dieron a través de las categorías que emergieron de la realidad concreta. Los resultados en Brasil apudan para la aceptación judicial de los pedidos de los casos estudiados, exepto los medicamentos que aun no fueron aprobados por la Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Con respecto al estudio en Portugal, los relatos de las profesionales comprobaron que a pesar de no haber judicialización en dicho país, no puede concluir que se garantiza el atendimento de "todo para todos". Se identifica que el enfrentamiento del contexto de salud en Brasil apunta para la importancia de las prácticas multiprofesionales y, a los actores les queda el reto de la judicialización, entre ellos, los trabajadores sociales, destacando que las innovaciones con respecto a la salud después de 1988 trajeron cambios muy significativos, que van de encuentro al proyecto Ético-Político del Trabajo Social, no obstante por otro lado, presentan un reto al profesional debido a la conjuntura actual de la salud en Brasil.

Palabras clave: Trabajo Social. Judicialización de la Salud. Derecho a la Salud, Sistema Único de Saúde (SUS). Servicio Nacional de Salud (SNS).

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Regiões Administrativas Judiciárias	31
Mapa 2 – Área Metropolitana de Lisboa.....	34
Mapa 3 – Judicialização da Saúde em outros Países	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativas de casos de câncer para 2018	110
---	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Custos da Judicialização da Saúde no Brasil	75
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cidades que Compõem a Comarca de Franca e Estimativa Populacional.....	31
Quadro 2 - Valores dos Recursos Recebidos	97
Quadro 3 - Despesas com Média e Alta Complexidade	98
Quadro 4 - Despesas com Assistência Farmacêutica	98
Quadro 5 - Despesas com Ações Judiciais	99
Quadro 6 - Faixa Etária dos Autores das Ações	103
Quadro 7 - Composição Familiar.....	104
Quadro 8 - Presença de Crianças, Adolescentes e Idosos	105
Quadro 9 - Renda Familiar	105
Quadro 10 - Valores do Salário Mínimo de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2017	106
Quadro 11 - Ocupações	107
Quadro 12 - As Morbidades Presentes nas Ações Estudadas.....	108
Quadro 13 - Natureza dos Pedidos	112
Quadro 14 - Especificação das Solicitações em Saúde	115
Quadro 15 - Custos dos Requerimentos	121
Quadro 16 - Decisões Judiciais.....	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Despesas com Ações Judiciais	99
Gráfico 2 - Sexo dos Autores das Ações.....	102
Gráfico 3 – Ocupações.....	108
Gráfico 4 - Natureza das Solicitações	113
Gráfico 5 - Serviço de Origem da Prescrição Médica.....	120
Gráfico 6 - Tipo de Representação	123

SIGLAS

ACAR	Ambulatório de Crianças de Alto Risco
ACP	Ação Civil Pública
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BM	Banco Mundial
CACON	Centros de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESFs	Equipe de Saúde da Família
FCCMF	Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HU	Hospital Universitário
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MP	Ministério Público
MPAS	Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NAIA	Núcleo de Atendimento à Infância e à Adolescência
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NGA 16	Núcleo de Gestão Assistencial
NOB	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAJ	Sistema de Automação da Justiça
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SCML	Santa Casa de Misericórdia de Lisboa
SESMT	Secretaria de Estadual de Saúde do Mato Grosso
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TJMT	Tribunal de Justiça do Mato Grosso
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
Construção e problematização do objeto de estudo	24
O percurso metodológico da pesquisa	27
CAPÍTULO 1 A SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO PÓS - CONSTITUIÇÃO DE 1988	38
1.1 O Papel do Estado e as Políticas Sociais Públicas.....	39
1.2 O Contexto da Saúde no Brasil após a Constituição Federal de 1988	44
1.3 O Serviço Social e o Projeto Ético Político Profissional na defesa do SUS	67
CAPÍTULO 2 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	72
2.1 A Conjuntura da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil.....	73
<i>2.1.1 Os diferentes olhares para a judicialização da saúde no Brasil</i>	<i>80</i>
<i>2.1.2 Caminhos, possibilidades e novas práticas de enfrentamento à Judicialização.....</i>	<i>91</i>
CAPÍTULO 3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE FRANCA-SP	94
3.1 A Saúde Pública na Comarca de Franca	95
3.2 As Ações Judiciais de Saúde da Comarca de Franca.....	100
<i>3.2.1 O perfil dos autores das ações judiciais</i>	<i>101</i>
<i>3.2.2 Caracterização das solicitações</i>	<i>108</i>
<i>3.2.3 Natureza dos Pedidos</i>	<i>112</i>
<i>3.2.4 Especificações das Solicitações em Saúde</i>	<i>113</i>
<i>3.2.5 Serviço de Origem da Prescrição Médica</i>	<i>120</i>
<i>3.2.6 Custos dos Requerimentos</i>	<i>121</i>
<i>3.2.7 Tipo de Representação</i>	<i>123</i>
<i>3.2.8 O Acesso à Saúde via Judicial</i>	<i>124</i>
CAPÍTULO 4 O CONTEXTO DA SAÚDE EM PORTUGAL	126
4.1 O Serviço Nacional de Saúde (SNS)	127
4.2 O contexto da saúde em Lisboa e Região.....	134
<i>4.2.1 O perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço Social.....</i>	<i>134</i>
<i>4.2.2 Caminhos para o acesso a saúde</i>	<i>139</i>
<i>4.2.3 Tempo de resposta e garantia de atendimento</i>	<i>150</i>
<i>4.2.4 Dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social.....</i>	<i>152</i>
<i>4.2.5 O SNS sob o olhar dos assistentes sociais portugueses</i>	<i>154</i>

<i>4.2.6 Eventual Judicialização em Portugal</i>	159
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	172
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Roteiro de Pesquisa Documental na Comarca de Franca	192
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado	193
APÊNDICE C - Guião de Entrevista Semiestruturada	194
ANEXOS	
ANEXO A - Termo de Autorização do Comitê de Ética	197
ANEXO B - Ofício de nº 652/16 da Secretaria Municipal de Saúde de Franca	198

INTRODUÇÃO

Ainda bem que sempre existe outro dia. E outros sonhos. E outros risos. E outras pessoas. E outras coisas... (Clarice Lispector)

O que se reivindica, hoje, é que a pesquisa se afirme como uma dimensão integrante do exercício profissional, visto ser uma condição para se formular respostas capazes de impulsionar a formulação de propostas profissionais [...] e para a ultrapassagem de um discurso genérico [...]. (IAMAMOTO, 2009, p. 56).

Considera-se, inicialmente, a relevância da construção de uma pesquisa motivada por experiências concretas de trabalho, enquanto profissional que atuou nas áreas da saúde e jurídica, com respaldo na busca do conhecimento a partir de indagações, questionamentos, reflexões e perguntas que são feitas para a realidade.

O estudo realizado, assim, é reconhecido como uma possibilidade de compartilhar conhecimentos construídos ao longo da trajetória profissional já vivenciada pela pesquisadora, como assistente social hospitalar na Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca (junto a usuários das áreas de Cardiologia, Oncologia e Reabilitação Física) de 2002 a 2006 e, como Assistente Social Judiciária do Tribunal de Justiça de São Paulo, de 2006 até os dias atuais, portanto, em duas áreas de atuação do Serviço Social – Saúde e Judiciário.

O Serviço Social, enquanto profissão de natureza interventiva está inserido em diferentes espaços sócio-ocupacionais; dessa forma, o assistente social desenvolve sua atuação profissional em diferentes áreas, que em detrimento da conjuntura brasileira, tem sido cada vez mais tensionadas, sobretudo, face ao expressivo aumento da demanda profissional.

A atual estrutura social traz à tona as contradições do capitalismo contemporâneo, no qual a vida assume novas formas de consumo e valores. A crise se dá pela ausência ou minimização do Estado enquanto provedor da proteção social.

A política social dirigida aos agora qualificados como *excluídos* se perfila mesmo reivindicando-se como inscrita no domínio dos *direitos* enquanto específica do tardo – capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência – conforme seu próprio discurso, pretende confrontar-se com a *pobreza absoluta* (vale dizer, a miséria). (PAULO NETTO, 2012, p. 428, grifo do autor).

Deste modo, o momento vivenciado pela sociedade brasileira desafia os profissionais constantemente à reflexão e a recriação de métodos, formas e ações que possam trazer alternativas e possibilidades de alteração no quadro de

desigualdades oriundas do atual cenário político, econômico e social, cada vez mais agravadas.

O desafio colocado ao profissional do Serviço Social na contemporaneidade se relaciona à realização da análise de conjuntura dentro de um contexto de diversas expressões da Questão Social¹ e, na capacidade de o assistente social direcionar o seu trabalho profissional em consonância com o projeto ético-político profissional do Serviço Social.

Em seu cotidiano, o assistente social atua frente às diversas expressões da questão social e, no campo sociojurídico, observa-se a chamada “judicialização da questão social”, expressando as desigualdades sociais da população.

Observemos cuidadosamente esses argumentos para explicitar o que se entende como questão social. Em primeiro lugar, vale lembrar que está na base do trabalho teórico presente na crítica da economia política empreendida por Marx, com a colaboração de Engels, a perspectiva de desvelar a gênese da desigualdade social no capitalismo, tendo em vista instrumentalizar sujeitos políticos – tendo à frente o movimento operário – para a sua superação. Esse processo, diga-se, a configuração da desigualdade e as respostas engendradas pelos sujeitos a ela, se expressa na realidade de forma multifacetada como questão social. (BEHRING; BOSCHETTI; SANTOS, 2009, p. 271).

O regime atual de acumulação capitalista global impõe um novo tipo de imperialismo, o qual se alimenta dos fluxos de rendas financeiras internacionais. É no estágio monopolista do capitalismo, dadas as características que lhe são peculiares, que a Questão Social vai se tornando objeto de intervenção sistemática e contínua do Estado.

Com a complexificação da questão social e seu tratamento por parte do Estado, fragmentando-a e recortando-a em questões sociais a serem atendidas pelas políticas sociais, institui-se um espaço, na divisão sociotécnica do trabalho, para um profissional que atuasse na fase terminal da ação executiva das políticas sociais, instância em que a população vulnerabilizada recebe e requisita direta e imediatamente respostas fragmentadas através das políticas sociais setoriais. É nesse sentido que as políticas sociais contribuem para a produção e reprodução material e ideológica da força de trabalho (melhor dizendo, da subjetividade do trabalhador como força de trabalho) e para a reprodução ampliada do capital. (GUERRA, 2007, p. 57).

¹ Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social.” (IAMAMOTO, 2009, p. 28-29).

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social podem ser consideradas como desdobramentos, ou mesmo respostas e formas de enfrentamento da Questão Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 51). A Política Social dentro de um contexto do capitalismo maduro enfrenta dificuldades para a reversão do quadro atual brasileiro.

Contudo, levar as políticas sociais ao limite de cobertura numa agenda de lutas dos trabalhadores é tarefa de todos os que têm compromissos com a emancipação política e a emancipação humana, tendo em vista elevar o padrão de vida das majorias e suscitar necessidades mais profundas e radicais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 190).

O debate e a luta pela ampliação dos direitos e das políticas sociais, segundo as autoras, são fundamentais porque engendram a disputa pelo fundo público e envolvem necessidades básicas de milhões de pessoas, com um real impacto em suas condições de vida.

Assim, o eixo base do presente trabalho consiste no direito à saúde no Brasil, o qual é garantido na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e também na Lei Orgânica da Saúde de nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a); portanto, sendo o Estado o responsável pela sua manutenção, conforme declara o artigo 196 da Constituição Federal.

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

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) revela que cabe ao SUS a execução de ações de assistência terapêutica, inclusive a farmacêutica. Deste modo, o Poder Público, então, deve se responsabilizar pelas ações e serviços públicos de saúde e, no Artigo 6º, inciso I, alínea d, da Constituição Federal (BRASIL, 1988, grifo nosso) temos:

Art.6 Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - A execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive, farmacêutica.

A Constituição Federal brasileira é considerada a Lei Maior do Estado, sendo esta a que fundamenta todas as outras leis, que também encontram nela validade.

Contudo, embora o direito à saúde seja também consagrado em diversas leis ordinárias, na prática, muitas vezes não é efetivado aos que dele necessitam.

Assim, constata-se que a população tem recorrido à esfera judicial para acesso ao direito à saúde, devido a sua negação pelo Estado, na busca pela garantia do que é preconizado constitucionalmente. No Brasil, o Poder Judiciário, numa frequência cada vez maior², recebe diariamente processos de medicamentos ou tratamentos de saúde, que não foram disponibilizados pelo poder público.

O fenômeno social e jurídico em questão é denominado de Judicialização do Direito à Saúde e, é compreendido a partir de processos judiciais movidos por pessoas que se encontram doentes e que não têm assegurado o seu direito de atendimento ao tratamento clínico e/ou cirúrgico, ou não têm acesso a medicamentos que são inexistentes na rede pública de saúde; desta forma, recorrem ao Poder Judiciário em busca da garantia de cidadania.

Diante deste contexto, surgiu o questionamento: A população realmente tem acesso aos medicamentos e insumos de saúde dos quais necessita, através da intervenção do Poder Judiciário? Portanto, a partir deste questionamento, tem-se como pressuposto que a população tem recorrido ao Poder Judiciário como uma alternativa ao atendimento, sobretudo, individual de suas demandas de saúde.

Ressaltamos que dentre as competências profissionais da Lei de Regulamentação da Profissão do Assistente Social - Lei de nº 8.662, de 7 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), consta em seu artigo 4º inciso VII “[...] planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para uma análise da realidade social e, também, para subsidiar ações profissionais.”

A partir das considerações apresentadas, a pesquisa tem como objetivo geral:- Conhecer e analisar a estratégia da judicialização no acesso ao direito à saúde no Brasil e, como objetivos específicos: apresentar os marcos da saúde no Brasil após a promulgação da Lei nº 8.080/90³; caracterizar e refletir sobre o fenômeno da judicialização do direito à saúde no Brasil com a abordagem de conceitos relacionados à temática; conhecer o contexto do direito à saúde em

² “Segundo dados disponibilizados no site do Ministério da Saúde, em sete anos, foram gastos R\$ 4,4 bilhões no atendimento das determinações judiciais para a compra de medicamentos, equipamentos, dietas, suplementos alimentares, gastos com cirurgias, internações e depósitos judiciais, um incremento de mais de 1000% entre 2010 e 2016. Em 2016, a cifra chegou a R\$ 1,2 bilhão.” (MACIEL, 2017).

³ Lei Orgânica da Saúde, 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.” (BRASIL, 1990a).

Franca (Brasil), enfocando a efetividade do referido direito, a partir da análise de ações judiciais de saúde; e, analisar sob a perspectiva de assistentes sociais que atuam em hospitais de Lisboa e região, os caminhos de garantia do acesso à saúde em Portugal.

Para o alcance dos objetivos propostos, realizaram-se dois estudos, um no Brasil e um no exterior (Portugal), sendo este último somente possibilitado após aprovação na seleção do Programa Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), vinculado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que possibilitou a permanência da pesquisadora por um período de quatro meses no referido país.

A pesquisa foi construída a partir de duas investigações: uma sobre a judicialização do direito à saúde na Comarca de Franca, através de um estudo documental em ações judiciais de saúde e, outra sobre o acesso à saúde na cidade de Lisboa e região, com a participação de assistentes sociais que trabalham em hospitais.

No estudo no Brasil, questiona-se “o direito constitucional da saúde como um dever do Estado, com intervenção do Poder Judiciário, está sendo efetivado na Comarca de Franca?”. E em Portugal “quais os caminhos de acesso à saúde?”

Embora seja um termo em evidência nas últimas décadas, observa-se uma carência de reflexões sobre a judicialização da saúde por parte do Serviço Social, registrando-se uma literatura relativamente escassa na área em relação ao fenômeno.

Constata-se que a judicialização da saúde é um fenômeno complexo, com compreensão ambígua, mas que aponta a relevância de reflexões também pelo Serviço Social, considerando-se a estreita relação com o trabalho profissional da categoria, que está diretamente comprometida com a direção de garantia de direitos e cidadania.

A estrutura expositiva da tese foi organizada em quatro capítulos. Optou-se por já na Introdução traçarmos os caminhos da construção das pesquisas realizadas em ambos os países (Brasil e Portugal), partindo do nosso objeto e objetivos, com o detalhamento do caminho metodológico, os cenários das pesquisas, bem como a organização dos dados obtidos para a análise dos resultados.

O capítulo 1 tem como objetivo tecer considerações sobre políticas públicas e sobre a saúde no Brasil, sobretudo, após a Constituição Federal de 1988, com o seu artigo 196 e a promulgação da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a).

No capítulo 2, abordou-se a judicialização do direito à saúde no Brasil, com o propósito de oferecer ao leitor um panorama geral do fenômeno estudado e o seu contexto atual no país. Buscou-se além da contextualização, uma reflexão sobre os seus desdobramentos na atualidade, considerando-se os objetivos que nortearam o presente trabalho.

O terceiro capítulo apresenta os resultados do estudo documental em processos de judicialização da saúde realizado no Brasil, junto ao Cartório do Ofício da Fazenda Pública da Comarca de Franca, portanto, com ações que pertencem à Justiça Estadual⁴.

No último capítulo, relacionado à investigação realizada no exterior, procurou-se identificar os caminhos do acesso à saúde “não judicializada”; o estudo teve como eixo central os relatos dos assistentes sociais que atuam em instituições hospitalares de Lisboa e região, que associado à compreensão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), possibilitou uma primeira aproximação ao entendimento de como se efetiva o direito à saúde em Portugal.

Encerrando a tese, foram tecidas algumas considerações finais que também expressam a intencionalidade deste estudo no aprofundamento da temática, considerando que a proposta deste trabalho foi a de realizar uma reflexão acerca do fenômeno da judicialização do direito à saúde, enquanto uma estratégia de efetivação do citado direito, como alternativa possível, dentro do contexto atual em que se encontra o nosso país.

Construção e problematização do objeto de estudo

A problematização consistirá então em formular o seu projecto de investigação, articulando duas dimensões que se constituem mutuamente nele: uma perspectiva teórica e um objeto de investigação concreto, ou ainda, indissociavelmente, um olhar e o objeto desse olhar. (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008, p.101).

⁴ Salientamos que também há a possibilidade de ingresso de ações de judicialização do direito à saúde através da Justiça Federal.

Os pedidos judiciais de direito à saúde são sustentados pela sua própria garantia prevista na Constituição Federal de 1988, que assegura o acesso universal e integral às ações de saúde no Brasil, a serem promovidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Tal garantia constitucional se encontra estampada no artigo 196, como já vimos anteriormente.

A Constituição, portanto, declarou expressamente o compromisso do Estado em propiciar a toda população o acesso pleno e igualitário aos serviços públicos de saúde. Diz-se igualitário, porque ao contrário de outros direitos constitucionais, como direito à previdência ou direito à assistência social, o direito à saúde é universal e independe de qualquer contribuição do cidadão ou mesmo do prévio atendimento a condições especiais. Desse modo, torna-se imperioso concluir que os serviços públicos de saúde devem ser disponibilizados a qualquer indivíduo.

A judicialização do direito à saúde se caracteriza como um tema muito recorrente no meio jurídico nos últimos anos e, tem gerado várias discussões e embates no país. De um lado, os advogados e defensores públicos buscam provimentos jurisdicionais aptos a compelir o poder público a fornecer medicamentos e tratamentos médicos que não são disponibilizados aos cidadãos pela rede pública de saúde. Embasam seus argumentos no direito constitucional à saúde, dignidade da pessoa humana, entre outros.

De outro lado, o poder público tenta resistir a tais pretensões, adotando como tese base o fato de que nem sempre possui condições orçamentárias de atender todas as demandas. Também advoga de que não é permitido ao Poder Judiciário ingerir na administração pública, e, por isso, determinar a implantação de Políticas Públicas na área da saúde, sob o risco de se ferir a consagrada separação entre os poderes.

A realização de um estudo no exterior contribuiu para a ampliação da reflexão e análise desta problemática, presente no cenário brasileiro. A opção por Portugal decorre do fato de que assim como no Brasil, o direito à saúde é considerado um direito de todo cidadão. Partimos também do pressuposto da não existência da judicialização da saúde em Portugal; tal informação foi decorrente da elaboração do Plano de Estudos, uma das exigências da CAPES para a candidatura no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, que exigiu uma revisão bibliográfica e contatos com a orientadora no exterior, evidenciando-se assim não existir a judicialização da saúde como observada no Brasil.

Parte-se da constatação de que, no Brasil, ocorre uma judicialização volumosa de demandas em saúde, ao passo que, em Portugal, a judicialização é praticamente inexistente. De início, é possível sugerir que tais diferenças ocorrem em função dos padrões sociais e econômicos de cada um desses países, mas a complexidade da questão é ainda maior, pois versa sobre a correferencialidade de estruturas e culturas em cada localidade. (ASENSI, 2013a, p. 13).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto em 1988 na Constituição Federal, caracteriza-se como um marco na saúde do país. Em Portugal temos o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual foi regulamentado pelo Decreto Lei nº 56 de 26/08/79 (PORTUGAL, 1979). Assim, em ambos os países, legalmente, há a busca pela promoção da saúde como um direito universal e igualitário. Considera-se sistema de saúde como o conjunto de “[...] relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população.” (GOMES, 2014, p. 3).

As políticas de saúde do Brasil e de Portugal possuem pontos em comum, sendo os seus sistemas atuais resultantes de mobilizações da população e conquistas sociais. Com grande destaque há a previsão da ação do Estado para assegurar o que está preconizado legalmente, quanto ao atendimento a ser oferecido à população.

[...] tanto o Brasil como Portugal garantem de forma tardia o direito à saúde, resultante do processo de redemocratização vivenciado por ambos os países. Portugal conseguiu a universalidade da saúde após a Revolução dos Cravos, na Constituição democrática de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. No Brasil, esta conquista é resultante da Constituição Cidadã de 1988, que se consolida no Sistema Único de Saúde com as Leis Orgânicas da Saúde de 1990. (BRAVO, 2010, p. 218).

Outro ponto também de convergência apontado por Bravo (2010) é que em ambos os países as contrarreformas contam com início em 1990, com o objetivo de privatização de políticas sociais (com destaque à saúde) e retirada de direitos sociais.

Brasil e Portugal estão vivenciando atualmente os mesmos impasses originários da retração do Estado e das influências do neoliberalismo acentuadas pela mundialização do capital. Como exemplos importantes na saúde devem-se apontar o desfinanciamento do setor público e a entrega da gestão dos serviços ao setor privado. (BRAVO, 2010, p. 218).

A autora ainda sinaliza que em ambos os países é identificada uma reação quanto ao contexto através dos partidos políticos de oposição de movimentos sociais. “Em Portugal as manifestações têm tido maior repercussão na imprensa e têm sido mais amplas. No Brasil, os movimentos, decepcionados com os rumos do governo Lula se ampliaram a partir de 2007.” (BRAVO, 2007, p. 218).

Segundo Gomes (2014), o gasto do Brasil com a saúde, em uma comparação com outros países, tem sido muito baixo. Em relação a Portugal, por exemplo, observa-se que no ano de 2006 gastou \$ 1.494 per capita em saúde, ou seja, aproximadamente quatro vezes mais que o Brasil, que gastou \$ 367 per capita.

A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade. O acesso à saúde no Brasil e em Portugal exige permanente ação do Estado na realização dos programas sociais, que tem por finalidade proteger o indivíduo contra as investidas abusivas dos órgãos estatais, não permitindo a sua violação (GOMES, 2014, p. 21).

Embora o presente trabalho não se caracterize como um estudo comparativo entre ambos os países, propiciou conhecer a realidade da saúde em um país com sistema regulamentador que apresenta semelhanças ao brasileiro e, que possui como ponto de destaque a atuação e participação do Estado junto ao direito à saúde.

A participação de assistentes sociais portugueses no presente estudo contribuiu para o conhecimento da política de acesso aos medicamentos e tratamentos necessários à população, os limites e possibilidades existentes e, ainda, uma aproximação quanto ao perfil da demanda que recorre ao Serviço Social.

Através dos estudos realizados, a expectativa foi a de contribuir com reflexões acerca de um tema em evidência nos dias atuais no Brasil, que é a judicialização do direito à saúde; acrescentando que a possibilidade de pesquisa no exterior (Doutorado Sanduíche) propiciou a construção de novos conhecimentos na área acadêmica, de um assunto que no Brasil tem sido alvo de muitos debates.

O percurso metodológico da pesquisa

O presente trabalho consiste em dois estudos qualitativos, um de natureza documental sobre a judicialização do direito à saúde na Comarca de Franca (SP) e

outro através de pesquisa de campo⁵ sobre a política de acesso ao direito à saúde na cidade de Lisboa e região. Portanto, composto por pesquisa bibliográfica, documental e fontes orais.

A pesquisa bibliográfica, voltada às categorias teóricas que envolvem o tema, foi realizada através de uma revisão de literatura, na busca por subsídios a:

- Problematizar a saúde no Brasil após a criação do SUS (Lei nº 8.080/90), também com ênfase no contexto atual da saúde no país;
- Refletir sobre o papel do Estado e a sua relação com o direito à saúde no Brasil e em Portugal;
- Contextualizar o fenômeno da judicialização do direito à saúde, sabendo-se que as primeiras ações foram as de medicamentos para tratamento do vírus HIV⁶ (VENTURA et al., 2010), apresentando as suas interpretações, aspectos relevantes no contexto atual e, conceitos relacionados ao tema.

Os estudos existentes sobre a judicialização da saúde, em sua maioria, são referências da área jurídica. Deste modo, a pesquisa pretendeu compor com o já produzido, apresentando a perspectiva social do fenômeno; que como define Munhoz (2006) se apresentava apenas em nível de aparência e, o contato com os processos através da pesquisa documental propiciou uma visão mais clara do objeto.

No aprofundamento teórico realizado, reconheceu-se a importância das contribuições trazidas por outras áreas do conhecimento, principalmente do Direito. Contudo, destaca-se a relevância da ampliação de estudos relativos à temática, a partir de novas produções do Serviço Social⁷.

Compreendeu-se então a necessidade de um diálogo com outras áreas, através de um estudo interdisciplinar. Para tanto, considerou-se importante a análise bibliográfica e documental de assuntos relacionados às particularidades que envolvem os temas, mais especificamente, os seus aspectos legais e sociais.

Foram utilizados diversos artigos científicos, por serem produções mais comuns relacionadas ao tema judicialização e, por entender a contribuição destes

⁵ “Entendo por *Campo*, na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação.” (MINAYO, 2010a, p. 201, grifo do autor).

⁶ *Human Immunodeficiency Virus*.

⁷ Através da análise bibliográfica, confirma-se haver certa escassez de materiais produzidos pela categoria envolvendo o tema.

em retratar a judicialização do direito à saúde em um contexto mais atual, contribuindo para esclarecimentos em diversos âmbitos.

O estudo esteve alicerçado numa perspectiva crítica, com fundamento na teoria social de Marx (PAULO NETTO, 1985), a partir da contribuição do método dialético no desvelamento da realidade social, através de aproximações sucessivas, possibilitando maior compreensão da complexidade da totalidade investigada.

Foram definidas categorias teóricas e filosóficas que contribuíram para problematizar o objeto de pesquisa, que por expressarem relações mais fundamentais, foram um ponto de partida para a análise.

Como categorias filosóficas, a totalidade, a historicidade e a mediação, considerando que estas sustentam a pesquisa numa perspectiva teórico- crítica.

A totalidade, enquanto categoria da Teoria Social de Marx, conduz ao conhecimento da unidade do real que representa uma compreensão mais específica de cada campo ou particularidade desse real. A totalidade não quer dizer todos os fatos ou a soma das partes. Implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode ser reconhecido e compreendido como um momento definido e em relação com outros fenômenos. O ser social se caracteriza por ser totalidade, visto que se relaciona e interage com os demais elementos constitutivos do real e é determinado pela sua dinâmica histórica. (BOURGUIGNON, 2006, p. 47).

As categorias teóricas se referem ao papel do Estado, saúde no Brasil, fenômeno da judicialização e saúde em Portugal. As categorias empíricas foram identificadas a partir da pesquisa documental e do diálogo com os assistentes sociais portugueses entrevistados.

Cada fenômeno deve ser entendido como um todo parcial e histórico, pertencente a uma totalidade complexa. Ao mesmo tempo em que é particular, devido à sua especificidade, só tem sentido se sua essência for buscada a partir da totalidade em que se insere. (BOURGUIGNON, 2006, p. 48).

Assim, buscou-se uma aproximação significativa da essência do fenômeno estudado, indo além da compreensão interna, tentando compreendê-lo em dimensões maiores.

Sustentado num arcabouço teórico-metodológico crítico, é preciso que o pesquisador da área social conheça a realidade em sua complexidade e através de diálogo permanente com ela apreenda e construa as categorias explicativas capazes de orientar o processo de pesquisa e de mobilizar as ações profissionais pautado em valores ético-políticos que se preocupem com o alcance e impacto social de conhecimento produzido. (BOURGUIGNON, 2006, p.50).

A natureza do objeto é o que define a sua trajetória teórica metodológica. Assim, identificou-se a relevância de estudos qualitativos sobre a judicialização do direito à saúde na Comarca de Franca e sobre a política de atendimento à população com relação às demandas de saúde em Lisboa e região.

A abordagem qualitativa abrange o significado apresentado pelos sujeitos em relação a sua realidade, contribuindo para a apreensão das mediações existentes.

O que é o método qualitativo? O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos. (MINAYO, 2010a, p. 57).

A observação é inerente ao observador e faz parte da pesquisa qualitativa; sendo esta abordagem a que se relaciona com os significados atribuídos pelos sujeitos, nos permite conhecer as contradições e complexidades dos fenômenos singulares.

Caracterizando o lócus da pesquisa no Brasil, a Comarca de Franca compõe a 6ª Região do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) e é a sede da 38ª Circunscrição Judiciária do estado, sendo esta composta também pelas cidades de Patrocínio Paulista e Pedregulho. A Comarca de Franca é contemplada por cinco cidades, sendo elas: Franca, Ribeirão Corrente, Cristais Paulista, Restinga e São José da Bela Vista. Todas as ações judiciais estaduais das cidades da comarca se concentram no Fórum de Franca (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

Mapa 1 – Regiões Administrativas Judiciárias



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo ([2018]).

A população total estimada da Circunscrição Judiciária estudada para o ano de 2017, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), corresponde a 376.524. Vejamos:

Quadro 1 – Cidades que Compõem a Comarca de Franca e Estimativa Populacional

Cidade	Estimativa populacional do IBGE para o ano de 2018
Franca	350.400
São José da Bela Vista	8.895
Cristais Paulista	8.541
Restinga	7.504
Ribeirão Corrente	4.682

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

Para o estudo documental, ocorrido em fevereiro e março de 2018, realizou-se previamente uma consulta ao Núcleo de Apoio Profissional do Tribunal de Justiça de São Paulo⁸ e, obteve-se a informação de que a autorização de coleta de dados junto aos Autos (ações judiciais de saúde) compete ao juiz diretor do local a ser

⁸ O Núcleo de Apoio Profissional do Tribunal de Justiça de São Paulo oferece assessoria aos assistentes sociais e psicólogos do judiciário.

pesquisado. Diante de tal informação, houve a consulta formal ao juiz do cartório do Ofício da Fazenda Pública da Comarca de Franca, sendo a pesquisa autorizada, à exceção de ações indicadas como segredo de justiça.

O cartório do Ofício da Fazenda Pública da Comarca de Franca fora criado em 23/03/12, através de uma iniciativa do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e, desde a sua criação, as ações estaduais⁹ relacionadas a pedidos de saúde de adultos¹⁰ se concentram no mesmo. Assim, no estudo realizado, optou-se por um recorte temporal a partir do início das atividades do Doutorado, em março de 2014, até março de 2017¹¹.

O recorte da investigação contou com somente ações de requerentes adultos (de 18 a 59 anos) de ambos os sexos, e processos encerrados/arquivados, com uma amostra de 15% dos casos.

Sobre os critérios elencados para a seleção da amostra, há no citado cartório também ações de idosos, porém, estes são portadores de legislação específica, o Estatuto do Idoso¹² - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), que lhes confere prioridade na tramitação dos processos.

O número total de ações no recorte do período elencado para estudo foi o de 423 que preenchiam os requisitos estipulados (período selecionado e processos já encerrados). Contudo, do total citado, foi identificado como ações de idosos o número 230, restando então 193 ações de saúde de adultos (18 a 59 anos). Assim, dentro do proposto de uma amostra de 15% dos casos, foram então estudadas 29 ações de saúde, através de escolha aleatória (sorteio) dos 193 processos que correspondiam aos critérios elencados.

Todos os processos estudados constavam no sistema digital do Serviço de Automação da Justiça (SAJ), portanto, em meio informatizado, sendo 100% dos processos estudados digitais. Utilizou-se de um formulário para preenchimento com os dados coletados¹³.

⁹ Considerando os três entes serem responsáveis (Municipal, Estadual e Federal) temos a possibilidade de ações de saúde serem também ingressadas na Justiça Federal, havendo como exigência que esta conte como requerido a União.

¹⁰ As ações de saúde envolvendo crianças e adolescentes estão vinculadas a Vara da Infância e Juventude da Comarca.

¹¹ Em 01/04/17 iniciaram as atividades do Doutorado Sanduíche no Exterior.

¹² Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância. (BRASIL, 2003)

¹³ Apêndice A.

Nas referidas ações judiciais estudadas, a população da Comarca de Franca solicitou o medicamento ou tratamento de saúde que fora negado na esfera administrativa, ou seja, pelo Poder Executivo. No trâmite desses processos participam alguns sujeitos, que são o juiz, o representante do Ministério Público (promotor) e, normalmente, os assistentes sociais vinculados ao município, que são os responsáveis pela elaboração dos estudos socioeconômicos, além dos advogados ou defensores públicos e, procuradores municipais e estaduais.

No cotidiano do Poder Judiciário, o juiz exerce um papel decisório nas ações judiciais, o qual é respaldado por documentos, considerados como provas. Em específico nas ações de saúde, dentre os documentos presentes, há a declaração médica da condição de saúde do requerente e dos medicamentos e tratamentos necessários. Tais informações permitiram identificar o perfil de saúde e solicitações dos autores das ações.

Nos estudos socioeconômicos constam informações relativas à renda familiar, ocupação e composição familiar, dados então que compõem nosso interesse de estudo. Todavia, em 11 ações não estava presente o estudo socioeconômico, seja por uma desistência da ação pelo autor ou pelo indeferimento do pedido, antes da realização do mesmo, questões que serão detalhadas no capítulo específico de apresentação dos dados.

Salienta-se que na Comarca de Franca os relatórios socioeconômicos são elaborados por assistentes sociais vinculados ao Poder Executivo, geralmente após uma primeira decisão judicial, haja vista as ações de saúde serem ingressadas normalmente com pedido de tutela antecipada¹⁴.

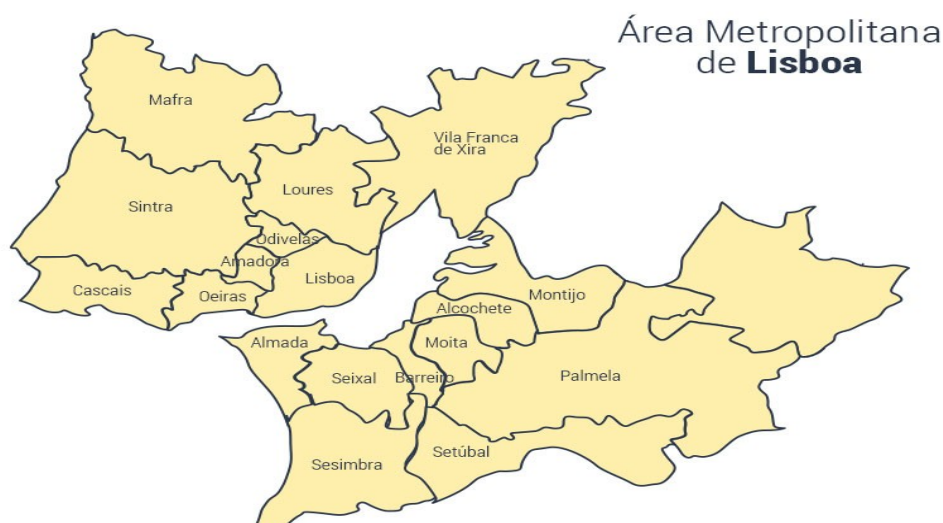
Sobre as categorias de análise da investigação realizada no Brasil, foram definidas: perfil dos autores das ações judiciais (sexo, idade, composição familiar, renda e ocupação); caracterização e especificação das solicitações; natureza dos pedidos; serviço no qual houve a prescrição médica; custos dos requerimentos; tipo de representação e, o acesso à saúde via judicial.

No que se refere à caracterização do lócus do estudo realizado em Portugal, destaca-se Lisboa, capital portuguesa. No mapa a seguir é possível observar a sua área metropolitana, sendo que duas das cidades abaixo também compuseram o estudo realizado no exterior. Por questões éticas quanto à identificação das

¹⁴ A tutela antecipada consiste em um ato judicial que antecipa ao postulante, total ou parcialmente, os efeitos do julgamento de mérito.

instituições hospitalares (havia apenas um hospital em cada uma das cidades da região que fizeram parte do estudo), os nomes destas então não serão revelados.

Mapa 2 – Área Metropolitana de Lisboa



Fonte: Pincha (2016).

A pesquisa empírica buscou uma aproximação ao universo do objeto, com a perspectiva de conhecer a dinâmica que envolve o tema. Assim, na cidade de Lisboa e região, durante o período de Doutorado Sandúiche, realizou-se uma investigação junto aos assistentes sociais de hospitais, para conhecermos a política de atendimento à população quanto ao acesso a medicamentos e tratamentos necessários e, qual a participação/ encaminhamentos destes profissionais na questão.

A investigação realizada em Portugal ocorreu nos meses de abril a julho de 2017. Primeiramente foi realizado um período de estudos acerca do SNS e dos aspectos relacionados ao mesmo, que complementassem a compreensão do assunto. Assim, considerou-se inicialmente a importância de uma análise bibliográfica e documental de assuntos relacionados às particularidades que envolvem o direito à saúde no citado país, mais especificamente, seus aspectos legais (legislações regulamentadoras existentes), relatórios e sobre a atuação dos profissionais de Serviço Social no sistema de saúde português.

Salienta-se que já no início dos estudos no exterior, o projeto de investigação fora submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz e considerado aprovado¹⁵.

Os lócus da análise foram Lisboa e duas pequenas cidades metropolitanas, portanto, muito próximas a Lisboa; sendo então quatro hospitais pertencentes a um único Centro Hospitalar de Lisboa e outros dois hospitais, cada um em uma das cidades metropolitanas.

Todos os assistentes sociais, participantes da investigação, exerciam o seu trabalho profissional em hospitais, sendo seis instituições diferentes. Mediante a indicação de profissional docente em Serviço Social¹⁶, houve contato com a responsável pelo Serviço Social do Centro Hospitalar e a indicação de seis profissionais com disponibilidade em participar da pesquisa e, destes, selecionados quatro¹⁷ assistentes sociais. As duas instituições pesquisadas pertencentes à região metropolitana de Lisboa foram indicadas pela orientadora de Doutorado Sanduíche.

O dimensionamento da quantidade de entrevistas, grupos focais e outras técnicas deve seguir o *critério da saturação*. Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente o investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem depois balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho. (MINAYO, 2010a, p. 197-198, grifo do autor).

Buscou-se realizar a pesquisa de campo com profissionais atuantes no Serviço Social hospitalar, mas com perfil de atendimento (patologias) variados, deste modo, contando com pacientes atendidos que necessitavam de diferentes tratamentos ou medicamentos para a sua saúde.

Houve o pré-agendamento de todas as seis entrevistas, mediante contato telefônico, com respeito à disponibilidade dos profissionais participantes. À exceção de uma entrevista, as outras foram realizadas em ambiente hospitalar, mas todas com as condições adequadas necessárias à investigação.

¹⁵ Termo de Autorização do Comitê de Ética - Anexo A.

¹⁶ A docente citada reside em Portugal e mantém parceria com a UNESP- Franca em atividades diversas.

¹⁷ Os quatro hospitais selecionados em Lisboa, dos seis indicados que compõem um mesmo Centro Hospitalar (em localizações distintas) foram recomendações da orientadora do exterior, considerando-se o perfil de atendimento oferecido por eles.

Após a autorização dos profissionais participantes, as entrevistas foram gravadas, salientando anteriormente a autorização prévia através do Termo de Consentimento Informado¹⁸, modelo recomendado pela orientadora do exterior.

Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelos entrevistados de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo. (MINAYO, 2010b, p. 64).

As entrevistas foram realizadas seguindo um guião¹⁹ de questões semiestruturadas. O guião objetivou a obtenção de um maior número de informações relacionadas ao objetivo da investigação e que pudesse, posteriormente, conduzir a construção de categorias empíricas²⁰.

Destaca-se a receptividade apresentada por todos os entrevistados, que não só demonstraram grande disponibilidade em colaborar com a investigação, mas também curiosidade acerca do fenómeno da judicialização no Brasil. Inclusive, há o compromisso de que seja encaminhada a versão final da tese aos mesmos.

Ainda durante o período de estudos no exterior, após as transcrições das entrevistas, iniciou-se a análise dos dados, sendo definidas as categorias de análise e utilizado para a organização dos dados empíricos, inicialmente, o programa MAXQDA²¹.

Na continuidade do trabalho foi adotada a técnica de análise de conteúdo Minayo (2010a), procedendo à decodificação das falas e interpretação dos dados, considerando que através desta são encontradas respostas para as questões formuladas e, também, por nos possibilitar ir além das aparências.

Atualmente podemos destacar duas *funções na aplicação da técnica*. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). (GOMES, 1994, p. 74, grifo do autor).

¹⁸ Apêndice B.

¹⁹ Termo utilizado por investigadores em Portugal, que consiste em um roteiro de questões (Apêndice - C).

²⁰ Salienta-se que alguns pontos do guião foram além do objeto de estudo, por recomendação da orientadora do Doutorado Sanduíche.

²¹ Programa de informática de uso frequente por investigadores portugueses para a análise de dados qualitativos.

A análise de conteúdo, segundo o autor, também nos permite uma descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, ou seja, ir além das aparências daquilo que está sendo comunicado. Ambas as funções podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa qualitativa.

Sobre as categorias de análise foram definidas: perfil dos utentes²², medicamentos/tratamentos solicitados, intervenções profissionais junto a demanda, recursos disponíveis/caminhos, tempo de espera e garantia de atendimento.

A análise de conteúdo também foi empregada no tratamento dos dados obtidos na pesquisa documental (processos judiciais de saúde da Comarca de Franca).

Segundo Munhoz (2006, p. 28) o processo de análise em direção à essência do fenômeno deve considerar:

[...] o momento atual, a conjuntura do Estado ou da cidade onde se encontra o fenômeno em estudo; a estrutura de relações em que têm marcado historicamente aquele Estado ou aquela cidade; - a estrutura e a conjuntura da região, do país onde aquela cidade/aquele Estado se insere; - a estrutura do país e seu momento conjuntural; - as relações internacionais [...].

Considerando o apontamento de Munhoz, a seguir, no Capítulo 1 abordaremos questões referentes ao Estado e ao contexto do Brasil no que se refere ao direito à saúde.

²² Utente é um termo comumente utilizado em Portugal para se referir ao usuário dos serviços de saúde e optamos por também adotá-lo no presente trabalho.

CAPÍTULO 1 A SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO PÓS - CONSTITUIÇÃO DE 1988

*“Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem”.
(Rosa Luxemburgo)*

1.1 O Papel do Estado e as Políticas Sociais Públicas

Os elementos apresentados a seguir, na primeira parte do presente capítulo, contribuirão para a compreensão do tópico seguinte.

O tema Política Social²³, no que concerne à sua reflexão, é alvo de inúmeras discussões em Ciências Sociais, Ciências Políticas e Economia Política. Especificamente no âmbito do Serviço Social, observa-se uma larga produção, ampliada em meados de 1980, o que se supõe estar relacionada à conjuntura política e econômica do país na ocasião.

A compreensão das políticas sociais e, conseqüentemente, da política de saúde brasileira na atualidade, está relacionada com o formato que vêm adquirindo desde suas origens (SARRETA, 2009). Assim, mesmo que sucintamente, como já apontado, é inevitável não abordar pontualmente algumas reflexões de estudiosos do tema, quanto ao histórico das políticas sociais, assim, relacionando ao papel do Estado e o desenvolvimento ou regulamentação de políticas públicas.

Em geral, reconhece-se que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. Evidentemente que não desde os seus primórdios, mas quando tem-se um reconhecimento da *questão social* inerente às relações sociais nesse momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário. Tanto que existe certo consenso em torno do *final do século XIX* como período de criação das primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para a Alemanha e a Inglaterra, após um intenso e polêmico debate entre liberais e reformadores sociais humanistas. (BEHRING, 2000, p. 21, grifo da autora).

Behring e Boschetti (2007) apontam que não é possível, com exatidão, sabermos o período específico em que surgiram as primeiras iniciativas que possam ser identificadas como políticas sociais, uma vez que estas, como um processo social, foram gestadas “[...] na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo como a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 47).

As autoras então referem em relação às sociedades pré-capitalistas, que estas não privilegiavam as forças de mercado e que algumas responsabilidades

²³ A discussão acerca do histórico das Políticas Sociais foge do âmbito deste estudo, uma vez que no presente capítulo se pretende ressaltar a política de saúde brasileira no pós 1988. Deste modo, para um aprofundamento na questão e, retomada histórica com maior riqueza de detalhes, sugerimos o texto de Behring e Boschetti (2007).

sociais assumidas, não tinham como um fim a garantia do bem comum, mas objetivavam a manutenção da ordem social. “Ao lado da caridade privada e das ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 47).

No período que antecedeu a Revolução Industrial, desenvolveram-se algumas leis, as quais segundo Castel (1998, p. 176 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 48), estabeleciam um “código coercitivo do trabalho”. A nova Lei dos Pobres de 1834, já no contexto da irrupção da Revolução Industrial, diferente das outras leis, contava com o intuito de liberação da mão de obra necessária à instituição da sociedade de mercado.

O objetivo maior das legislações consistia em uma obrigação ao trabalho, impedindo assim, por exemplo, a possibilidade de negociação da remuneração. E quanto às ações assistenciais, denotavam estarem vinculadas ao exercício do trabalho, e os critérios de acesso a elas eram muito restritivos e seletivos, havendo uma diferenciação entre pobres “merecedores” e “não merecedores”.

[...] “merecedores” (aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como pobres merecedores, em geral nobres empobrecidos) e pobres “não merecedores” (todos que possuíam capacidade, ainda que mínima, para desenvolver qualquer tipo de atividade laborativa). Aos primeiros, merecedores de “auxílio”, era assegurado algum tipo de assistência minimalista e restritiva, sustentada em um pretense de dever moral e cristão de ajuda, ou seja, não se sustentavam na perspectiva do direito. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 49, grifo do autor).

Observa-se que as leis até então induziam o trabalhador a aceitar qualquer trabalho, sem restrições. Já a lei *Speenhamland*²⁴ segundo as autoras possui um diferencial das anteriores, com um caráter menos repressor.

Se as legislações sociais pré-capitalistas eram punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado, o “abandono” dessas tímidas e repressivas medidas de proteção no auge da Revolução Industrial lança os pobres à “servidão da liberdade sem proteção”, no contexto de plena subsunção do trabalho ao capital, provocando o

²⁴ A Lei *Speenhamland*, instituída em 1775, difere das anteriores, pois tinha um caráter menos repressor. Ela estabelecia o pagamento de um abono financeiro, em complementação aos salários, cujo valor se baseava no preço do pão. Diferentemente das leis dos pobres, a *Speenhamland* garantia assistência social a empregados ou desempregados que recebessem abaixo de determinado rendimento, e exigia como contrapartida a fixação do trabalhador, pois proibia a mobilidade geográfica da mão-de-obra (CASTEL, 1998, p. 178 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 49).

pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social. Foram “lutas pela jornada normal de trabalho” (Marx, 1987) que provocaram o surgimento de novas regulamentações sociais e do trabalho pelo Estado [...]. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 51).

Deste modo, podemos então compreender a legislação fabril como uma precursora no papel que caberá ao Estado na relação com as classes e os direitos sociais no século XX.

O período compreendido de meados do século XIX até a terceira década do século XX tem como grande marca o predomínio do liberalismo²⁵ com o seu “[...] principal sustentáculo: o princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 56).

A “[...] generalização de medidas de seguridade social no capitalismo, no entanto, se dará em período posterior à Segunda Guerra Mundial” (BEHRING, 2000, p. 21), período de construção do *Welfare State*²⁶ em alguns países da Europa Ocidental, acompanhado de uma proteção social variada, no que se refere à cobertura, padrão de financiamento, entre outros.

Consta ter sido a consolidação econômica e política do capitalismo nos séculos XVIII e XIX, que acentuou as discussões já existentes sobre a relação entre o Estado, sociedade civil e bem-estar.

Dentro da proposta do liberalismo, a ação do Estado é considerada uma espécie de “mal necessário”. Assim, o seu papel é restrito, consistindo em fornecer a

²⁵ O liberalismo, alimentado pelas teses de David Ricardo e sobretudo de Adam Smith, que formula a justificativa econômica para a necessária e incessante busca de interesse individual, introduz a tese que vai se cristalizar como fio condutor da ação do Estado liberal: cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, quando atuando junto a uma coletividade de indivíduos, maximizaria o bem-estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que asseguraria o bem-estar. É a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 51).

²⁶ *Welfare States* (Estados de Bem-Estar Social). Este termo designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, que procuram promover a seguridade e a igualdade entre cidadãos, com o objetivo de fomentar integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas. Primeiro, os *Welfare States* consistem em uma resposta às crescentes demandas por seguridade socioeconômica em um contexto de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento das funções de seguridade das famílias e associações debilitadas pela Revolução Industrial e a crescente diferenciação das sociedades. Segundo, eles representam respostas às crescentes demandas por igualdade socioeconômica surgidas no processo de crescimento dos Estados nacionais e das democracias de massa com a expansão da cidadania. Os *Welfare States* são, portanto, um mecanismo de integração que neutraliza as características destrutivas da modernização, e sua essência reside na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade, realizada por meio de políticas distributivas. (FLEURY; OUVREY, 2012, p. 30).

base legal “[...] com a qual o mercado pode melhor maximizar os benefícios aos homens.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 56).

As autoras sinalizam alguns elementos essenciais presentes no liberalismo, para a compreensão da intervenção estatal reduzida na forma de políticas sociais no período, que são: predomínio do individualismo, o bem-estar individual sobreposto ao bem-estar coletivo; predomínio da liberdade e competitividade; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade; manutenção de um Estado Mínimo; políticas sociais vistas como estimuladoras do ócio e desperdício e, que a política social deverá ser apenas um paliativo.

Avançando um pouco mais na cronologia histórica²⁷, posteriormente à Segunda Guerra Mundial, com o mundo dividido entre polos capitalista e socialista, ocorre a alteração na relação existente entre Estado e sociedade nos países desenvolvidos, sendo implementado o Estado de Bem Estar Social, que então sustenta a Política Social.

Salienta-se que o capitalismo enfrenta a sua maior crise econômica nos anos de 1930 (PAULO NETTO, 2012), a qual desencadeou desemprego, falência de bancos e empresas e queda da produção.

[...] As primeiras iniciativas de políticas sociais podem ser entendidas na relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social. Em outras palavras, não existe polarização irreconciliável entre Estado liberal e Estado social, ou, de outro modo, não houve ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado Social capitalista do século XX. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 63).

No contexto do Brasil, o Estado evidencia a sua influência a partir de uma “[...] política desenvolvimentista e de planejamento da sua intervenção. A saúde foi considerada como fator econômico junto a outras políticas correlacionadas ao controle social subordinador e ao bom andamento da economia.” (SARRETA, 2009, p. 129). As alterações ocorridas no final da década de 1960 no sistema de produção capitalista acarretaram desdobramentos nas políticas sociais.

Salientamos que a política social dentro de um contexto do capitalismo maduro, enfrenta dificuldades para a reversão do quadro atual brasileiro, ressaltando também não ser essa a sua função estrutural.

²⁷ Para um aprofundamento histórico, sugere-se também a consulta da Tese de Doutorado “Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS” (SARRETA, 2009).

Contudo, levar as políticas sociais ao limite de cobertura numa agenda de lutas dos trabalhadores é tarefa de todos os que têm compromissos com a emancipação política e a emancipação humana, tendo em vista elevar o padrão de vida das maiorias e suscitar necessidades mais profundas e radicais. (BEHRING; BOCHETTI, 2007, p. 190).

O debate e a luta pela ampliação dos direitos e das políticas sociais, segundo as autoras, são fundamentais porque engendram a disputa pelo fundo público e envolvem necessidades básicas de milhões de pessoas, com um real impacto em suas condições de vida.

Com a complexificação da questão social e seu tratamento por parte do Estado, fragmentando-a e recortando-a em questões sociais a serem atendidas pelas políticas sociais, institui-se um espaço, na divisão sociotécnica do trabalho, para um profissional que atuasse na fase terminal da ação executiva das políticas sociais, instância em que a população vulnerabilizada recebe e requisita direta e imediatamente respostas fragmentadas através das políticas sociais setoriais. É nesse sentido que as políticas sociais contribuem para a produção e reprodução material e ideológica da força de trabalho (melhor dizendo, da subjetividade do trabalhador como força de trabalho) e para a reprodução ampliada do capital. (GUERRA, 2000, p. 57).

A Política Social é um espaço de busca pela garantia dos direitos sociais, sendo através desta, segundo Miotto e Nogueira (2013), que ocorre o enfrentamento da questão social.

Por outro lado, há o reconhecimento de que a política social reveste-se de um caráter contraditório, pois, ao mesmo tempo em que atende aos interesses do capital, atende também às necessidades da classe trabalhadora. Portanto, a sua expansão é marcada pela luta dos trabalhadores na perspectiva de conquista e da consolidação dos direitos sociais. (MIOTTO; NOGUEIRA, 2013, p. 62).

As políticas sociais e a organização dos modelos de proteção social podem ser consideradas como consequentes e respostas de enfrentamento às diversas expressões da questão social, mas geralmente fragmentadas e setorializadas, “[...] cujo financiamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 51).

Os conflitos envolvendo os direitos sociais estão diretamente relacionados com a implantação de políticas públicas.

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as

atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. (BUCCI, 2006 Apud BITTENCOURT, 2016, p. 107).

Quanto à política pública de saúde dentro do contexto brasileiro, até no século XVIII, “[...] a filantropia e a prática liberal são características da assistência médica, estendendo-se por todo o século XX a polêmica da saúde ser de interesse privado ou público.” (RAVAGNANI, 2013, p. 30).

Salienta-se a importância da compreensão de que a concepção de saúde no Brasil, ao longo dos tempos, privilegiou uma minoria, em relação aos serviços médicos, os quais tiveram o seu desenvolvimento por parte de entidades filantrópicas ou através de subsídios do sistema previdenciário, para aqueles trabalhadores que mantinham vínculo formal com o trabalho e aos serviços particulares, contribuindo para com a comercialização da saúde. (SARRETA, 2009)

Os direitos sociais apontam para a existência de um Estado prestacionista e não abstêmio. Porém, há a presença de uma política social residual, que nas palavras de Behring (2000, p. 29):

Uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família. O carro – chefe dessa proposição é a renda mínima, combinada à solidariedade por meio das organizações na sociedade civil. A renda mínima não pode ter um teto alto, para não desestimular o trabalho, ou seja, há uma perversa reedição da ética do trabalho, num mundo sem trabalho para todos.

Nas breves reflexões, houve a intenção de apresentar a relação do capitalismo com as políticas sociais e, os desdobramentos de uma política liberal. Importante a ressalva de que dos direitos sociais presentes na Constituição Federal de 1988, a saúde é um deles.

1.2 O Contexto da Saúde no Brasil após a Constituição Federal de 1988

Embora a proposta deste capítulo seja a de analisar a saúde no Brasil no pós 1988, entende-se necessária uma breve incursão histórica, de modo a introduzir a questão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde em 1948 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade.” Todavia, é um conceito muitas vezes alvo de críticas

por contar com certa subjetividade, e autores apontam para uma possível utopia, a qual relacionada ao termo “completo”.

Deste modo, considera-se que o conceito de saúde estampado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, parece o mais adequado, em virtude de sua abrangência. “Percebe-se que a Constituição Federal de 1988 não fornece uma definição explícita de saúde, mas leva-nos a interpretá-la de forma mais condizente com o conceito definido na Conferência.” (ARRUDA, 2017, p. 88).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

Em 2018, comemoram-se os 30 anos da promulgação da última Constituição Federal brasileira, também denominada de Constituição Cidadã, na qual se observa em seu texto um grande marco para a afirmação dos direitos humanos dos cidadãos brasileiros e, também, o principal marco em saúde.

Não está sendo desconsiderado todo o histórico anterior referente à trajetória da saúde no Brasil e, para isso, salienta-se o protagonismo do Movimento da Reforma Sanitária, com o papel fundamental para a conquista do reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Optou-se por não apresentar a trajetória histórica da saúde no Brasil ²⁸, considerando-se que o tema já fora debatido por inúmeros autores. Todavia, antes de ser abordado o marco ²⁹ que foi a Constituição Federal de 1988, relevante caracterizar a conjuntura da saúde brasileira anterior a este.

A saúde no Brasil esteve historicamente com base ancorada no paradigma curativo, com centralidade da assistência médica, sendo a referência o hospital. Em linhas gerais, segundo Figueiredo (2013), a assistência médica estava a cargo do

²⁸ Na dissertação da mesma autora deste trabalho “Interpretações da Hipertensão Arterial Sistêmica em Grupo de Apoio” (CARRIJO, 2008), foi apresentado um histórico da saúde no Brasil, iniciado a partir da década de 1930, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões.

²⁹ O histórico de lutas da sociedade brasileira tem papel muito importante, porém, em nossas reflexões situaremos como marco histórico a Constituição Federal de 1988.

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo assim, a saúde não era reconhecida como um direito social.

Dentro de tal contexto, pode-se dizer que os brasileiros se encontravam divididos em três grupos. Um deles com direito à saúde pública por estarem vinculados à Previdência Social, no caso os trabalhadores com carteira assinada; o outro daqueles que se utilizavam dos serviços privados de saúde, uma vez contarem com condições financeiras para então arcar com os custos e, no terceiro grupo os chamados de “sem trabalho”, portanto, sem vínculo com a Previdência e sem condições financeiras para custear os seus tratamentos, contando assim com serviços filantrópicos.

Em tal contexto Paim (2007) destaca que em meados da década de 1970, surgiu no Brasil um movimento que postulava a democratização da saúde. Ao mesmo tempo, nesse período, também consta a emergência de novos sujeitos sociais lutando contra a ditadura “[...] estudantes, professores universitários, setores populares e entidades profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976.” (PAIM, 2007, p. 21-22).

Esses enfrentamentos, juntamente com a impossibilidade econômico-financeira de o Estado enfrentar a crise sanitária e de buscar legitimidade popular pela extensão dos serviços de saúde, mantendo o modelo dominante de atenção médico-hospitalar, favorecem a reatualização do discurso oficial e a formulação de novas políticas. Enquanto o governo implementava políticas racionalizadoras, foi criado o *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (Cebes) em julho de 1976, durante a *32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, realizada na UNB (Brasília), trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de reconstruir o pensamento em saúde. (PAIM, 2007, p. 75, grifo do autor).

Sobre o CEBES, o autor aponta que já na segunda metade da década de 1970, momento em que ocorria um aprofundamento das contradições relacionadas à saúde, que então renascem os movimentos sociais, com a participação de profissionais da classe média, setores populares e classe trabalhadora. Tais movimentos se expressaram na saúde “[...] constituindo-se em possibilidades de articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes.” (PAIM, 2007, p. 75). As ideias do CEBES eram publicadas e divulgadas na Revista Saúde em Debate.

A conquista democrática em 1985³⁰ possibilitou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu entre os dias 17 e 21 de março de 1986 em Brasília e contou com a presença de representantes de diversos seguimentos da sociedade civil, gestores e profissionais da área de saúde. Como desdobramento do encontro, foram elaboradas diversas propostas, dentre as quais “[...] a criação de um Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), o que mais tarde se tornou o Sistema Único de Saúde (SUS).” (ARRUDA, 2017, p. 91).

Também ocorreu a redefinição do um conceito de saúde ampliado, conforme já vimos, por não se limitar à ausência de doenças, ou a um bem-estar físico, mental e social e, reafirmado o reconhecimento da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado.

Através da VIII Conferência Nacional de Saúde o Brasil passou então a contar com um conjunto de proposições políticas e um corpo doutrinário, direcionados à saúde, que “[...] apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado.” (PAIM, 2007, p. 22).

O autor ainda ressalta que a conferência foi estruturada sobre três eixos básicos “[...] saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde.” (PAIM, 2007, p. 92). Para cada um dos eixos citados, consta que foram solicitados textos a especialistas, intelectuais e acadêmicos, com o escopo destes subsidiarem os debates.

Como já dito, a citada conferência conta com um papel fundamental em relação à consolidação do direito à saúde no Brasil e, o seu relatório final, constituiu-se como uma das principais bases da Reforma Sanitária, considerando os pressupostos de acesso à saúde universalizado e saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Deste modo, o Movimento da Reforma Sanitária foi consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, contribuindo fundamentalmente no que se refere ao definido quanto à saúde no Brasil, no pós 1988.

Esse movimento denominado Reforma Sanitária diz respeito às reformulações propostas no sentido de ampliar o conceito de Saúde e rever a legislação relativa às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e contribuir para a unificação do sistema de saúde e a

³⁰ As eleições indiretas de 1985 marcaram o fim de um período de vinte anos de ditadura militar. Na ocasião, eleito como presidente da república Tancredo Neves, mas que devido ao seu adoecimento e falecimento em abril do mesmo ano, quem assumiu o cargo foi o seu vice, José Sarney. Caracteriza-se como a última eleição indireta no Brasil.

hierarquização e descentralização para os estados e municípios. (ARRUDA, 2017, p. 91).

Não obstante ao avanço observado, naquela conjuntura já eram visualizados movimentos contraditórios³¹ a tal proposição.

A ampliação das companhias seguradoras privadas, tanto multinacionais como subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos, configura a emergência de um poderoso aliado de projetos contraditórios à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, equidade e democratização. (ABRASCO, 1995, p. 33 apud PAIM, 2007, p. 93).

Assim, no que se refere às contribuições do Movimento da Reforma Sanitária Paim (2007, p. 271-272) sinaliza ser esta uma reforma considerada parcial, no sentido das iniquidades sociais e presença de um Estado “[...] colonizado por interesses capitalistas, corporativos e partidários.”

O autor ainda revela que houve por parte do movimento contribuições no sentido de difundir uma consciência do direito à saúde vinculada à cidadania e, também, para a realização de uma reforma democrática do Estado, mesmo que parcial; ressaltando quanto à possibilidade de participação social e controle público “[...] sobre o Estado e governos (Conselhos e Conferências de Saúde), de descentralização e de pactuação das relações intergovernamentais no contexto da Federação [...]” (PAIM, 2007, p. 272-273).

Outras importantes questões tecem o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, mas não é o objetivo, no momento, o aprofundamento do debate³². Contudo, considerou-se relevante sinalizar a questão, por possuir uma estreita relação com a última Constituição Federal, quanto às suas conquistas no âmbito política de saúde pública.

Prosseguindo as reflexões e retomando o ponto inicial deste item do presente capítulo, salienta-se então que Constituição Federal de 1988 incorpora o ideário de direitos sociais, com a garantia de proteção social universal sob a responsabilidade do Estado.

A Constituição de 1988 estruturou prestações estatais de forma inédita, em matéria de saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a

³¹ Os quais serão com maiores detalhes elucidados, ainda no presente capítulo, mas em um segundo momento de nossas reflexões.

³² Para um aprofundamento reflexivo crítico acerca do Movimento da Reforma Sanitária, sugere-se a leitura do trabalho do autor consultado, a Tese de Doutorado “Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica” (PAIM, 2007).

alcançar o nível máximo de garantia proporcionado pelo sistema jurídico. Pode-se afirmar, portanto, que a consagração do direito à saúde, como um direito passível de proteção e tutela pelo Estado se deu com a Constituição Federal de 1988. (BITTENCOURT, 2016, p. 103).

O preconizado pela Constituição de 1988 foi normatizado pela Lei 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) que indica a organização e o funcionamento da promoção, proteção e prevenção dos riscos à saúde, além de disciplinar as atribuições e competências do Poder Executivo na saúde, nas três esferas de governo (municipal estadual e federal). Em seu artigo 3º, modificado pela Lei 12.864, de 24 de setembro de 2013:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2013a).

Assim, a Constituição declara que o direito à saúde é um direito de todo cidadão brasileiro e sugere a proteção e prestações por parte do Estado. A Constituição Federal de 1988 é a primeira que trata da saúde com tanta amplitude, segundo Arruda (2017, p. 89-90):

A saúde ganhou preceito de Direito Fundamental Social só com a carta cidadã de 1988. Já a Constituição Federal de 1934 trouxe a proteção à saúde associada ao direito do trabalho, e a Carta Federal de 1937 trouxe a proteção à saúde da criança no período da ditadura militar, a Constituição Federal de 1946, apenas abordou a competência da União para tratar sobre a proteção da saúde, e na Constituição de 1967, além do dispositivo já previsto na Constituição anterior, a competência da União para estabelecer Planos Nacionais de Saúde.

Sobre o pressuposto de ser democrática, tem-se então a garantia da participação social na formulação das políticas de saúde, na sua avaliação e acompanhamento.

Paulo Netto (2012) faz o destaque de que o carro chefe da economia capitalista, os Estados Unidos, não conta com um efetivo serviço público de saúde, embora dentre outros indicadores sociais de expressividade, é um país oficialmente reconhecido com 50 milhões de pobres, não sendo prioritária, segundo o autor, a destinação de recursos para a saúde pública.

Pode-se assim constatar o quanto o proposto pelo SUS é um indicativo de avanço em termos de saúde pública no Brasil.

Os direitos sociais contemplam direitos humanos, e assim exigem uma atuação positiva por parte do Estado “[...] a fim de equalizar as desigualdades sociais e de redistribuir melhor os recursos existentes, ou seja, é um direito a uma prestação material por parte do Estado.” (ARRUDA, 2017, p.88).

Sobre os direitos sociais, a Constituição Federal em seu artigo 6º³³ declara:

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

Como vimos o artigo 6º da Constituição Federal reconhece a saúde como um direito social e, nos artigos 196 a 200 temos as delimitações de tal direito.

Nos artigos em questão, a saúde é declarada como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, cabendo ao Poder Público dispor (nos termos da lei) sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A previsão é de um sistema único de saúde financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

Também consta nestes que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada e que a participação de tais instituições poderão complementar o sistema único de saúde, sendo vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país (salvo nos casos previstos em lei); a organização sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento. (BRASIL, 1988).

Os artigos 196 a 200 apontam ainda para o controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participação do SUS na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, assim como a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica e as de saúde do trabalhador. Também há previsões do sistema de saúde quanto à ordenação e formação de recursos humanos na área de

³³ Já com as alterações a partir da Emenda Constitucional nº 90.

saúde; participação da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incremento quanto ao desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalização e inspeção de alimentos e, participação do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, assim como a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Os serviços privados de assistência à saúde, por iniciativa própria, seja por profissionais liberais, seja por pessoas jurídicas de direito privado, caracterizam o que se denomina assistência suplementar à saúde. Logo, constitucionalmente, a saúde privada pode, então, complementar a rede pública através do Sistema Único de Saúde, ou suplementá-la de forma relativamente autônoma.

O Poder Público, então, deve se responsabilizar pelas ações e serviços públicos de saúde, distinguindo-se da assistência à saúde pela iniciativa privada, também admitida legalmente, e cujas instituições poderão participar complementarmente do SUS. Salienta-se ser vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

A previsão constitucional do direito à saúde, portanto, de um lado oferta um leque programático de princípios, porém, de outro revela também direitos subjetivos.

Fortes (2005) destaca o direito subjetivo público à saúde em seu aspecto mais fundamental e básico – atendimento médico-hospitalar e fornecimento de medicamentos – das normas programáticas referentes aos aspectos físicos, biológicos, ambientais e socioeconômicos integrantes do sistema constitucional de proteção à saúde, em seu aspecto integral.

No ano seguinte à promulgação da Constituição, em 1989, foi eleito no país o presidente Fernando Collor de Melo³⁴, que segundo Aginsky e Alencastro (2006), para o atendimento aos interesses do capital, ingressou com a função de implantar no país o ideário neoliberal.

Assim fazendo, a partir de 1990, Collor coloca o Estado a serviço das reformas ditadas pelo reordenamento do capital internacional, subvertendo e negando a lógica constitucional de defesa de direitos, alterando, inclusive, o seu conteúdo, sob o argumento de inscrever o Brasil na modernidade e no primeiro mundo, mesmo que sob o preço da fragilização e desproteção

³⁴ O presidente Fernando Collor de Melo foi eleito pelo voto popular e foi o primeiro presidente do Brasil afastado através do processo de *Impeachment*. Também um dos mais jovens, contando com 40 anos no ato da posse. O seu governo foi marcado por crises na economia e denúncias de corrupção.

social de sua população, advindas dos processos de desregulamentação, flexibilização e privatização. (AGUINSKY; ALENCASTRO, 2006, p. 20).

E, nas palavras de Liporoni (2010, p. 85) a Constituição de 1988 ocorre na denominada contracorrente ao projeto neoliberal:

A aprovação da Constituição Federal de 1988 acontece em um momento que muitos autores determinam de contracorrente ao projeto neoliberal, pois enquanto a nova ordem mundial defendia a redução dos investimentos do Estado, a Constituição Federal brasileira trazia a ampliação e consolidação de direitos sociais e trabalhistas.

O Neoliberalismo tem a sua emergência em escala global a partir de década de 1970 e segundo Fagnani (2011, p. 43):

[...] em todo o mundo, os direitos sociais estiveram tensionados por reformas visando ao retrocesso. O Brasil seguiu rota inversa. De meados da década de 1970 até 1988, caminhamos na contramão do mundo. Fomos salvos pelo momento político. O movimento social que lutava pela redemocratização queria acertar as contas com a ditadura. Não havia brechas para a agenda liberal. Após árdua marcha, a Constituição de 1988 restabeleceu a democracia e desenhou o embrião de projeto inspirado no Estado de Bem- Estar Social. Seu âmago reside nos princípios de universalidade (em contraposição à focalização) da Seguridade (seguro) e dos direitos sociais (assistencialismo).

Em 1990, o Brasil fez opção tardia pelo neoliberalismo, contribuindo assim com que agenda do Estado Mínimo ganhasse impulso e ocorrendo entre 1990 e 2002 tensões entre dois paradigmas: “Estado Mínimo e Estado e Bem-Estar Social”. O breve governo de Collor então se configurou pela elaboração na agenda de reformas liberais, “[...] visando à revisão constitucional, prevista para 1993. Todavia essa revisão não ocorreu, devido ao *impeachment*.” (FAGNANI, 2011, p. 44, grifo do autor). E, enquanto era aguardada a prevista revisão constitucional, houve a busca por parte do governo de desfigurar as conquistas de 1988.

O ajuste neoliberal não se caracteriza somente como de natureza econômica, mas também compõe mudança global na área político – institucional e das relações sociais, impactando assim diretamente as políticas sociais, com fragmentação e focalização. “[...] não há como negar as implicações dessa política neoliberal sobre o fenômeno da Judicialização.” (CARVALHO, 2013, p. 107).

A privatização do Estado preenche um requisito indispensável do ideário neoliberal e, nas palavras de Antunes (2005, p. 17):

Não é demasiado lembrar que a modernização neoliberal para o Terceiro Mundo penaliza de maneira muito mais brutal e nefasta o mundo do trabalho. Despossuído, dilapidado, desqualificado, o ser social não consegue nem mesmo viver do seu trabalho. Converte-se em largas faixas, numa classe sem trabalho, que vive da miséria da economia informal.

Quanto às exigências do capital em tal contexto, há as recomendações dos organismos internacionais estrangeiros financeiros, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), iniciadas na década de 1990, materializando-se em uma reestruturação do Estado dentro da ótica neoliberal, culminando com privatizações e focalizações dentro do âmbito das políticas sociais.

Dessa maneira, em contraposição aos 30 anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, quando houve a expansão e universalização de políticas sociais e direitos relacionados ao trabalho, particularmente na realidade europeia surge a hegemonia neoliberal [...] e os ajustes neoliberais cujo novo perfil das políticas econômicas significa também novo padrão de relação do Estado com o cidadão. (RAVAGNANI, 2013, p. 30).

Deste modo, como resultado para o país, surgiram as políticas sociais fragmentadas, focalizadas, com financiamentos insuficientes para a sua efetivação, contrariando o que fora então preconizado na Constituição Federal de 1988. As autoras (AGUINSKY; ALENCASTRO, 2006) destacam que a população brasileira, em específico aquela com maior vulnerabilidade no âmbito econômico, não contou com alteração no quadro vivenciado, quanto a respostas para as suas demandas por parte do Estado.

Em meio à situação política já elencada, em 1991, ocorre a edição da Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, em 1993 a NOB 01/93 e em 1996 é editada a NOB 01/96, sendo que esta última estabeleceu um novo modelo de gestão do SUS:

[...] Podemos afirmar é que as NOBs demonstraram, inequivocadamente, aumento na habilidade de gestão dos municípios, com o aumento da organização dos sistemas de oferta da atenção básica, mas não resolveu a questão da equidade e da superação das desigualdades e não conseguiu ampliar a oferta de saúde de modo a abranger toda a população. (LIPORONI, 2010, p. 96).

Ainda sobre as Normas Operacionais, no ano de 2001 temos a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, que segundo Liporoni (2010) complementa a NOB 01/96. Esta direciona para a necessidade de serem criadas regiões de saúde que possam então agregar municípios e assim permitir uma ampliação no aprofundamento e a descentralização, com equidade no acesso.

Carvalho (2013) ressalta que os ataques ao SUS desde o governo Collor são constantes, com tentativa de desmonte e sucateamento e o fenômeno da judicialização das políticas públicas reside na contradição expressa entre a ampliação dos direitos sociais e de outro lado a deterioração da proteção social.

Em 29/12/92 Itamar Franco³⁵ assume o governo, permanecendo na função até 01/01/95. Para Antunes (2005, p. 21-22, grifo do autor) da era Collor para Itamar não ocorreram mudanças significativas:

Da sua posse até o plebiscito de abril - que Antônio Callardo na sua feliz e sensível tirada, nesta *Folha* qualificou de plebiscito sem plebe - Itamar praticou, sobre pretexto da interinidade, aquela ambiguidade que o caracterizou desde o início de seu governo: quanto mais fala no "social", na "miséria" e sofrimento de milhões de compatriotas, conforme a peça final do discurso em que anunciou seu plano econômico, mais implementa um projeto com traços de continuidade do Projeto Collor: critica a fome e concede mais de um bilhão de dólares aos usineiros, fala em um projeto autônomo e independente, mas dá continuidade às privatizações escandalosas, como a da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) [...] Propaga um "reformismo social" para os assalariados, que se exaure no plano meramente discursivo e realiza de fato, um programa "modernizador" para os proprietários do capital, quando se analisa a concretude de sua política econômica.

A contrarreforma do Estado, portanto, iniciou-se nos anos de 1990 e prosseguiu para os anos seguintes, com um redirecionamento e obstaculização das conquistas de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Bravo (2010, p. 207) nos destaca ações das contrarreformas nos anos de 1990.

No Brasil, as contrarreformas na saúde nos anos 1990 foram: contenção dos gastos com racionalização da oferta por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local; desfinanciamento da saúde.

Nesse âmbito, identifica-se uma contradição, havendo a prevalência do projeto neoliberal no contexto da administração pública, não obstante ao preconizado legalmente indicar outra direção.

O debate acerca das reformas do Estado, ou contrarreformas, como afirmam alguns autores, tem relação com o fenômeno da globalização e/ou mundialização, quando se observa um movimento de acelerada expansão do capital financeiro e da universalização de mercados que ocorre a partir dos anos 1970, em decorrência do capitalismo monopolista. (BRAVO, 2010, p. 209).

³⁵ Vice-presidente que assumiu a presidência após o impeachment de Fernando Collor de Melo.

Segundo Bravo (2010, p. 209) “O grande capital rompe com o ‘pacto’ que suportava o *Welfare State*, com retirada das coberturas sociais públicas, com cortes nos direitos sociais”, o que segundo Paulo Netto (2012) seria um Estado Mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

Em 01/01/1995 assume o governo do país, após obter vitória nas eleições, Fernando Henrique Cardoso (FHC), permanecendo no cargo durante oito anos, haja vista a sua reeleição como presidente da república.

A inviabilização da alternativa constitucional da construção de um Estado com amplas responsabilidades sociais, garantidor de direitos sociais universalizados, foi conduzida por FHC simultaneamente à implementação do projeto político do grande capital. (NETTO, 1999, p. 79-80 apud AGUINSKY; ALENCASTRO, 2006, p. 20).

Assim, conforme visto, durante a década de 1990 houve o advento da política neoliberal, aliada a um projeto de privatização do mercado, que corroborou não só para com a redução, mas também para um desmonte do que fora preconizado legalmente na Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a), em específico à política de saúde. Tal situação, configurada pela ocorrência de cortes nas políticas sociais, colaborou para que estas se tornassem focalizadas, fragmentas e seletivas.

Quanto à saúde no Brasil no governo FHC, Bravo (2010) destaca a apresentação da proposta das Organizações Sociais (OS), as quais concebidas como um instrumento de viabilização de políticas públicas, que possibilita a contratação de funcionários sem concurso público e aquisição sem licitações de bens e serviços. “Em 1999, foram instituídas na esfera federal as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que propõem a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e institui o termo parceria.” (BRAVO, 2010, p. 213).

Após o final do governo de Fernando Henrique Cardoso, ocorreu a eleição de Luis Inácio Lula da Silva, que segundo Aginsky e Alencastro (2006, p. 21), apresentava-se como um “[...] representante dos interesses da maioria da população, embora o conjunto de alianças forjadas, tendo em vista a conquista do poder, denunciasses a ausência de uma maior coerência com a base de onde partiu a candidatura”.

A eleição de Luis Inácio Lula da Silva é vista como um marco político na história do Brasil, considerando ser “[...] um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política.” (BRAZ, 2004, p. 49 apud BRAVO, 2010, p. 213).

A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990, vencendo o projeto que não representava, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Não eram esperadas transformações profundas, em face dos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social. (BRAVO, 2010, p. 213-214).

Os impactos da política macroeconômica na saúde são evidentes, impedindo deste modo o enfrentamento de questões centrais, como política nacional de medicamentos, educação na saúde, política de gestão do trabalho, financiamento efetivo, universalização das ações (BRAVO, 2010).

Os primeiros anos do governo Lula, no que se refere aos rumos da estratégia social, foram marcados pela disputa entre focalização e universalização. Uma novidade “[...] foi o pronto acolhimento de pontos da agenda liberalizante no campo social por segmentos do núcleo dirigente do governo, com destaque para o Ministério da Fazenda, que defendia claramente a opção pelo Estado Mínimo.” (FAGNANI, 2011, p. 46). Focalização direcionada aos “mais pobres”, portanto, na contramão da Constituição Federal, especificamente ao Artigo 196.

Contudo, o autor revela algumas mudanças após a alteração na cúpula econômica e na orientação do governo:

No caso da política de saúde, as indefinições da estratégia do novo governo eram relativamente menores. Isso porque o Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de uma construção progressiva desde meados de 1970, consagrada da Constituição de 1988. Dispõe de mecanismos institucionais que o torna menos maleável às mudanças de orientação dos governos, afirmando-se como uma política de Estado. (FAGNANI, 2011, p. 57).

A XII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 2003, objetivou a deliberação sobre as diretrizes nacionais para o setor. E, em 2004, seguindo o recomendado na última conferência, ocorreu o lançamento do Plano Nacional de Saúde para o período de 2004 – 2007.

O Plano Nacional de saúde apontou para um aprofundamento do Programa Saúde da Família, que tem um direcionamento para a atenção básica. Também foi criado o “Programa Farmácia Popular”, a reorganização dos serviços de emergência e urgência e, o “Brasil Sorridente”³⁶.

Segundo Nakamura (2017), ocorreu uma ampliação do acesso aos serviços de saúde posteriormente ao ano de 2003, e a questão trouxe reflexos positivos quanto o perfil epidemiológico da população brasileira. Todavia, não foi o suficiente para impedir o crescimento do setor privado. A autora também sinaliza as contribuições no período, como a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a implantação das políticas de saúde mental e bucal; a regulamentação do parágrafo terceiro do artigo 198 da Constituição, no que se refere ao mínimo a ser financiado pela União na saúde e, ainda, a Lei Complementar nº 141/12, “[...] entretanto nenhum dos governos incorporou na agenda governamental a Reforma Sanitária Brasileira e nem demonstrou um compromisso efetivo com os padrões constitucionais do SUS.” (NAKAMURA, 2017, p. 25)³⁷.

O Programa Farmácia Popular³⁸, Lei de nº 10.858 de 13 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a), regulamentada pelo Decreto Lei nº 5.090 de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004c) tem como objetivo principal o oferecimento à população de mais uma alternativa de acesso a medicamentos considerados essenciais e compõe a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). O citado programa passou por modificações no decorrer dos anos, mas ainda se mantém na atualidade.

O Programa Farmácia Popular cumpre uma das principais diretrizes da PNAF e através dele são oferecidos medicamentos a custo zero para população que faz tratamento contínuo para hipertensão arterial, diabetes e asma; e, medicamentos com até 90% de desconto para tratamentos de glaucoma, osteoporose, doença de Parkinson, rinite, dislipidemia (colesterol alto), anticoncepcionais e fraldas geriátricas, pelo sistema de copagamento. O Programa “Aqui tem Farmácia Popular” tem o seu funcionamento através do credenciamento de farmácias e drogarias comerciais.

³⁶ O Programa Brasil Sorridente compõe a Política Nacional de Saúde Bucal, objetivando garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, através de ampliação de acesso da população por meio do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

³⁷ No caso a autora se referindo aos governos Lula e Dilma.

³⁸ Segundo dados do Ministério da Saúde (2018), o citado programa atende cerca de 10 milhões de usuários por mês, através de 31.081 estabelecimentos credenciados, com conexão de vendas ativas em 4.381 municípios brasileiros.

A Resolução de nº 338 de 06 de maio de 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) estabeleceu as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), parte integrante da Política Nacional de Saúde, como uma política pública da assistência farmacêutica, norteadora para que sejam formuladas políticas sociais, entre estas, as de medicamentos e com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, também preconizando a garantia de acesso e de equidade nas ações.

Segundo Gaspardo (2013) esta pode ser considerada uma política pública articulada, e que no Brasil tem as suas raízes no início da década de 1970, através do Decreto de nº 68.806/1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME). O autor aponta como uma das principais características uma centralidade na distribuição e na aquisição de medicamentos e refere que a Política de Assistência Farmacêutica apenas foi reformulada após a Portaria do Ministério da Saúde de nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998b).

Segundo Barroso (2009), no que concerne à distribuição de medicamentos, não está explícita na Constituição Federal os critérios quanto às competências da União, Estados e Municípios, mas está presente em diversos atos administrativos, federais, estaduais e municipais. Um deles é a Portaria de nº 3.916/98 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998b), a qual estabelece a Política Nacional de Medicamentos.

Além destas normas de caráter geral, foram editadas diversas outras que disciplinam o direito à assistência farmacêutica de portadores de doenças específicas, como AIDS (Lei nº 9313/96); Hepatite (Lei nº 11.255/2005) e Diabetes (Lei nº 11.347/2006). Destaca-se, por fim, a Lei Federal de nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, a qual estabelece a “Política Nacional de Medicamentos Genéricos”. (GASPARDO, 2013, p. 126).

Acerca da Política Nacional dos Medicamentos genéricos, esta conta como um dos objetivos principais a redução nos custos com os medicamentos.

Em síntese, a Constituição Federal, as leis e demais instrumentos normativos que disciplinam o direito à saúde, determinam que as políticas públicas de assistência farmacêutica devem assegurar a todos o acesso aos medicamentos, com segurança, qualidade e racionalidade, o que exige que as ações do Estado sejam desenvolvidas de maneira a garantir o emprego adequado dos recursos públicos, até porque, diante de sua escassez, se isto não ocorrer, não será possível atender a todos, especialmente aos mais necessitados. (GASPARDO, 2013, p. 128).

Ao gestor federal há a incumbência de formulação da Política Nacional de Medicamentos, que contempla não somente um apoio aos gestores estaduais e

municipais, como também a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME); posteriormente será definida pelo município com base nesta uma relação municipal de medicamentos, para a efetivação da assistência farmacêutica, principalmente relativa à atenção básica à saúde. “Duas diretrizes e prioridades da PNM são a reorientação da assistência farmacêutica e a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).” (SANT’ANA et al., 2011, p. 137).

No ano de 2006, foi aprovado o Pacto Pela Saúde³⁹, que nas palavras de Liporoni, ocorre:

[...] redefinindo a pactuação dos serviços de saúde e idealizado como uma possibilidade de avanço do SUS, contribuindo para efetivar o direito de todos à saúde de qualidade e ao fortalecimento do controle social. O Pacto tem como diretrizes três frentes de trabalho: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. (LIPORONI, 2010, p. 97).

No segundo governo de Lula (2007 a 2011), mesmo contando com um ministro da saúde que se caracterizava como um dos atores da elaboração do Projeto de Reforma Sanitária, na década de 1980, não foram enfatizadas as questões centrais de tal ideário reformista, mas inclusive propostas na contramão deste. Observa-se, no entanto em tal período, um protagonismo dos Conselhos Nacionais de Saúde “[...] o Conselho Nacional de Saúde tem sido um sujeito importante nessa luta, realizando debates, seminários e divulgando notas públicas.” (BRAVO, 2010, p. 216).

Fagnani (2011) em uma análise da política social do governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva, revelou que se tratando da trajetória da proteção social brasileira, observam-se dois movimentos sociais opostos. Um primeiro deles em direção à estruturação de políticas inspiradas no Estado de Bem- Estar e o segundo no seu sentido oposto, que busca a desestruturação das conquistas do Constituição de 1988.

A história atual da saúde ainda convive com o avanço do setor privado em detrimento dos recursos financeiros aplicados no setor público que são insuficientes para a manutenção sustentável do SUS [...]. Os governos que sobrevieram aos longos anos da Democracia brasileira, apesar de defensores do SUS, não foram capazes de retirar da saúde pública, a mácula dos serviços ineficazes, de baixa qualidade, com cobertura limitada esbarrando nos atravancamentos resultantes do atraso e iniquidade.

³⁹ O Pacto pela Saúde foi publicado pela Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Salienta-se que o mesmo está pautado no preconizado pela Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a). Para um aprofundamento acerca do Pacto pela Saúde, recomendamos a leitura da obra “Pacto pela Saúde: Conversando com o SUS”, que se configura como uma produção do grupo QUAVISSS (BERTANI et al., 2010).

Atualmente, é possível vislumbrar que o direito à saúde comporta um sistema que não consegue abranger todas as facetas sociais. Isto acaba por demandar uma movimentação do Poder Judiciário, visto atualmente como o canalizador das mazelas sociais na área dos serviços de saúde [...]. (NAKAMURA, 2017, p. 25).

Assim, considerando a contrarreforma do Estado observada no governo de FHC “[...] seguiu-se uma série de medidas adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que não romperam com essa lógica, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais.” (BRAVO, 2018, p. 10). Não obstante a algumas inovações, os investimentos são caracterizados como muito reduzidos.

A análise que se faz após os governos petistas é que a disputa entre esses projetos na saúde continuou. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é uma continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

Nos governos do Partido dos Trabalhadores (Lula de 2003 a 2010 e Dilma Rousseff de 2011 a 2016), observaram-se a ausência de transformações mais estruturais e, quanto à saúde, o destaque ao modelo privatista, com a falta de democratização do acesso e a articulação com o mercado. A Reforma Sanitária assumida nos governos do PT é considerada uma reforma flexibilizada em termos de princípios e referencial teórico.

No período do governo Dilma, através de Lei de nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c) foi criada a empresa pública denominada de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual segundo Ravagnani (2013) contribui para o aprofundamento da precarização do trabalho, permitindo a contratação por tempo determinado, sem concurso público e com rotatividade, deste modo, fragilizando a força de trabalho e também com prejuízos para com os usuários do SUS, quanto à qualidade e acesso aos serviços.

Por outro lado, pode-se considerar como um avanço legislativo importante no período a Lei Federal de nº 12.401, de 28 de abril de 2011 (BRASIL, 2011a), que trouxe alterações na Lei nº 8.080/90 e aborda em específico a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde.

Em julho de 2013 foi criado o “Programa Mais Médicos”, o qual apresentou como proposta a busca de resolução da questão emergencial referente ao atendimento básico de saúde, levando então os profissionais para as regiões em que havia a ausência ou escassez deles. Contudo, importante a reflexão de que se trata de um programa focal, com perspectiva centrada no atendimento médico.

No plano legislativo, desde 2012 houve atuação de diversos *lobbys* para a diminuição da importância do SUS, resultando na elaboração da Lei Complementar nº 141/12 (BRASIL, 2012), que impôs restrições orçamentárias na área; no mesmo sentido, a Lei nº 13.097/15 (BRASIL, 2015b) autorizou a participação de empresas estrangeiras na prestação de serviços de saúde.

Dilma, mesmo tendo feito um governo (como fizeram os governos petistas desde 2003) predominantemente voltado para os interesses do grande capital e de seus sócios brasileiros e, a partir de 2015, tendo adotado um programa de governo muito semelhante ao que foi apresentado (e derrotado) pelo candidato do PSDB em 2014, foi arrancada da presidência da República porque foi considerada incapaz de permanecer à frente dos interesses capitalistas que tanto serviu. (BRAZ, 2017, p. 87).

Em 31 de agosto de 2016, o Senado Federal votou o processo de *impeachment* que então destituiu a presidente Dilma Rousseff do cargo, aprofundando assim condições mais adequadas para a hegemonia do grande capital. O golpe foi forjado por uma farsa parlamentar judicial (BRAZ, 2017) e os desdobramentos segundo o autor foram devastadores para o país, desencadeando uma crise monumental. Esse ataque à democracia contou com o apoio de meios de comunicação.

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república, no dia 12 de maio de 2016, desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. (BRAVO, 2018, p. 11-12).

Nas palavras dos autores, no governo ilegítimo de Temer “é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais”. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 11).

Sobre os traços do governo de Michel Temer “[...] trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente

pró-capital” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12), o qual objetivou o favorecimento dos interesses da classe dominante, o aprofundamento da dependência junto ao capital internacional e a resolução dos impasses de acumulação.

Assim, o seu governo é definido por uma aceleração na questão da contrarreforma e do desmonte das políticas públicas e universais, com o prosseguimento do processo de privatização “[...] *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis [...]” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13, grifo do autor).

Destaca-se o citado pelos autores quanto à medida mais severa, a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (BRASIL, 2016b) (“Novo Regime Fiscal”), que impôs política de austeridade fiscal por limitar os gastos anuais ao valor de 2016 por 20 anos.

Acerca da conjuntura econômica, Paulo Netto (2012) nos alerta para as crises cíclicas do capitalismo e que estas, todavia, não conduzem ao seu fim. Não obstante, sinaliza sobre a denominada crise sistêmica, que reconhece ter sido vivenciada por duas ocasiões e que envolve toda a estrutura da ordem do capital.

A primeira delas em 1873, com a duração de vinte e três anos e com o principal cenário a Europa e a segunda em 1929, nas palavras do autor, “catastrófica” que diferentemente da anterior, envolveu todo o planeta, com a duração de dezesseis anos. Paulo Netto ainda aponta que possivelmente enfrentamos uma terceira crise sistêmica do capital, com sinais iniciais em 1987, com a crise da Bolsa de Nova York. “Uma abordagem mais abrangente desta crise deve tomar em conta as transformações sofridas pelo capitalismo desde a década de 1970.” (PAULO NETTO, 2012, p. 416).

A crise mundial das economias capitalistas acarreta uma forte redução dos propósitos igualitários e universalistas no campo dos direitos sociais; também as agências mundiais de financiamento e fomento com as suas exigências de focalização em populações vulneráveis e de risco social e confirma-se “[...] uma divergência entre o definido sobre a proteção social na Constituição de 1988 e a operacionalização das políticas sociais e os valores profissionais”. (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 65).

Para uma compreensão do paradoxo existente entre o SUS legal, que fora conquistado no final dos anos 1980 e o SUS que se mostrou como o real, alvo de ataques contra a sua universalidade e caráter público, são importantes os apontamentos de Correia (2007a), que nos ressalta a relevância da contextualização com a crise do capital, os papéis que são assumidos pela sociedade civil e pelo Estado e, ainda, a ação dos organismos financeiros internacionais, os quais exercem um protagonismo em relação ao direcionamento das políticas estatais, no caso da saúde, em países de capitalismo periférico.

As reflexões consultadas da autora (CORREIA, 2007a) indicam haver um grande interesse do capital, ou seja, das indústrias farmacêuticas e grupos privados de saúde, na área de saúde, apontando também para um interesse do Banco Mundial no fortalecimento do mercado de saúde. Deste modo, consta haver um tensionamento entre os projetos de interesses antagônicos.

Como já apontamos, por um lado temos o projeto do capital, o qual é o defensor do que fora recomendado pelo Banco Mundial e por outro o projeto da sociedade civil, que assume a defesa do SUS, através de setores progressistas, vinculados à proposta de reforma sanitária.

O poder do capital financeiro é definido pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BM) e pela Organização Mundial do Comércio (OMC), que representando os interesses dos Estados mais poderosos pressionam os demais para adotarem política de liberalização e privatização impondo reformas sociais, econômicas e políticas. (BRAVO, 2010, p. 209).

Correia (2007a) revela a existência de três documentos que sintetizam as propostas do Banco Mundial para a área de saúde, elaborados no pós 1988 e aprovação das Leis nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), os quais ferem os princípios da Reforma Sanitária, inclusive já contemplados nas legislações.

Em sua análise⁴⁰ a autora destaca que a maioria das propostas do Banco Mundial possui um eixo de custo e efetividade, com sugestão de seletividade, que inclusive traz o alerta de que a universalização da cobertura acarretaria uma significativa ampliação nas despesas e, ainda, apontam para o crescimento do setor privado quanto a prestação dos serviços de saúde, redução dos recursos destinados

⁴⁰ “A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde.” (CORREIA, 2007a).

à saúde e corte nos gastos públicos, sendo estas contrárias, portanto, à universalidade proposta no sistema de saúde brasileiro vigente.

Correia (2007a) ressalta que a contrarreforma da saúde no país ocorre no bojo daquelas que foram empreendidas pelo governo brasileiro, em resposta ao que fora exigido pelos organismos internacionais. Também sinaliza que as contrarreformas buscam limitar as funções do Estado e que então exigem da política de saúde brasileira o rompimento do caráter universal do SUS, a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, e o estímulo a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde.

As recomendações dos organismos financeiros internacionais direcionam para políticas sociais com seleção das demandas, privatizações e redução de gastos públicos. E, é dentro de tal tensionamento entre o projeto de capital e os setores progressistas que é desenhada a política de saúde brasileira.

As políticas sociais são de diferentes maneiras influenciadas por tais propostas, o que desencadeia “cortes nos gastos sociais, retração significativa do setor público por meio de processos de privatização, introdução de mecanismos típicos de mercado no setor público”. (BRAVO, 2010, p. 209).

As privatizações ocorrem no repasse de recursos públicos para aqueles setores que não são exclusivos do Estado, quando este deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde. Constatase, que as alterações ocorridas na organização dos sistemas de proteção social e na forma de atendimento das necessidades sociais se caracterizam pelo não enfrentamento das condições estruturais da desigualdade social, nas diversas conformações do Estado na atualidade, assim como no Brasil. “O caráter neoliberal dessas mudanças vem se materializando, dentre outros mecanismos, na privatização dessas políticas, aqui particularmente a saúde.” (RAVAGNANI, 2013, p.68).

Dentro do contexto do movimento da privatização da saúde, é de relevância mencionar a “Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde”, com marco de início no ano de 2010 e articulada a seguimentos envolvidos na defesa do SUS, que “[...] resgata a luta da Reforma Sanitária contra a privatização, tendo entre seus fundamentos a concepção ampliada de saúde que é determinada no amplo processo de produção das desigualdades sociais.” (RAVAGNANI, 2013, p. 116).

A autora ainda nos revela que a Frente conta em sua agenda com cinco eixos estruturantes, sendo eles:

Determinação social do processo de saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e Efetivação do Controle Social. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 73 apud RAVAGNANI, 2013, p. 129).

Neste contexto, entende-se importante a ressalva quanto ao Controle Social⁴¹, que foi estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e tem como conceito “[...] o poder de controle da população sobre as ações e políticas de saúde do Estado” (LIPORONI, 2010, p. 101) e a sua expressão compõe uma perspectiva participativa, o que então caracteriza a sua visibilidade, representatividade e capacidade de interlocução entre o público representado pelo Estado e a sociedade. “O Controle Social no SUS é um processo em construção permanente que ora trabalha com avanços, ora trabalha na perspectiva de recuos, mas busca superar os imensos desafios cotidianos para avançar na consolidação do SUS.” (LIPORONI, 2010, p. 210).

As propostas dentro do contexto neoliberal, acerca do papel Estado, rebatem diretamente na Política de Saúde e Correia (2007a) declara que para a defesa ao projeto dos setores progressistas, em específico aos princípios da universalidade e de caráter público do SUS, contamos também com as instâncias de participação social, sendo citadas: Conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde, as plenárias nacionais de conselheiros de saúde e os Conselhos de saúde em suas três esferas, mas com destaque ao Conselho Nacional de Saúde.

E, Ribeiro (2014, p. 145), nos alerta para a retração do Projeto de Reforma Sanitária e suas consequências:

Diante deste quadro, o projeto da Reforma Sanitária sofreu uma retração, com sucateamento das ações de saúde, incentivo à mercantilização e privatização dos serviços. Os direitos sociais que deveriam ser amplamente garantidos pelo Estado passam a não ter sua efetivação concretizada, deixando grande parte da população usuária do SUS descoberta do acesso e atendimento em saúde. Como consequência desta focalização das políticas sociais, observou-se uma corrida ao judiciário, como mediador das

⁴¹ Para o aprofundamento do tema recomendamos a leitura da Tese de Doutorado de Liporoni (2010) “Os caminhos da Participação e do Controle Social na Saúde: Estudos das Realidades do Brasil e Espanha.”

relações sociais para a garantia dos direitos dos cidadãos, seja através de ações individuais ou coletivas, como estratégia para a sua garantia de fato.

É então observada uma elevada expansão na atuação do Poder Judiciário diante do contexto de garantia de direitos, que embora preconizados legalmente, não são assegurados na prática, fenômeno iniciado no pós Constituição de 1988 e início da década de 1990, o qual será abordado no capítulo a seguir.

Ao atribuir ao Poder Judiciário a responsabilidade de oferecimento de respostas aos desdobramentos da questão social, é importante a reflexão de que se por um lado observa-se que a lei será aplicada, conforme o preconizado constitucionalmente, há uma “injustiça oculta”, uma vez que não será oferecido o atendimento a todos, mas aos que recorrem via judicial.

O Poder Judiciário com a Constituição de 1988 passou a exercer uma função que anteriormente não lhe havia sido atribuída, quanto a ser acionado para a oferta de respostas às demandas decorrentes ao agravamento da questão social. Contudo, ressaltamos novamente serem demandas de caráter coletivo, muito embora o seu atendimento, através do processo judicial, ocorra somente individualmente.

Salienta-se que o acesso à justiça é também um direito presente na Constituição Federal de 1988 no seu artigo 5º inciso LXXIV “O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”. (BRASIL, 1988).

Deste modo, observamos por um lado a ampliação dos direitos com a Constituição Federal de 1988, mas por outro que estes são negados pelo Estado em variadas circunstâncias, como o caso do direito à saúde.

Apesar das limitações e desafios apresentados, importante também reconhecer questões positivas do nosso sistema de saúde que “[...] conta com uma rede ampla de serviços de atenção básica, é produtor anualmente de bilhões de procedimentos, prevê a prevenção e controle de doenças transmissíveis, além da vigilância epidemiológica e sanitária.” (LIPORONI, 2010, p. 91).

Considerando a proposta de realização de um trabalho acerca do fenômeno estudado dentro de uma perspectiva profissional do Serviço Social, entende-se relevante apresentar algumas questões acerca do Serviço Social na Saúde, com a ressalva do posicionamento da categoria profissional em defesa do SUS.

1.3 O Serviço Social e o Projeto Ético Político Profissional na defesa do SUS

A defesa dos direitos humanos e da justiça social são compromissos constantes do Código de Ética Profissional do assistente social⁴² e, em seu 2º artigo “[...] defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo.” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993).

Conforme o apontado no item anterior do presente capítulo, a conjuntura brasileira conta com um retrocesso no que concerne a proteção social e um agravamento da desigualdade social, grandes desafios ao trabalho profissional dos assistentes sociais.

Optou-se, propositalmente, por não inserir “Serviço Social na Saúde” como título desta parte do capítulo. Afinal, entende-se que os desdobramentos do desmonte do SUS atingem as outras áreas de trabalho profissional.

Não obstante, pela área de saúde estar estreitamente relacionada ao tema central deste trabalho e, por todos os desafios que a efetivação do direito constitucional à saúde apresenta cotidianamente, serão abordadas algumas reflexões⁴³ iniciais sobre a profissão na citada área.

A saúde absorve um número significativo de assistentes sociais e Bravo (1996) sugere que o fato estaria relacionado a uma articulação desta com a produção e reprodução do capital; deste modo, sendo então atribuído ao assistente social atuar nas instituições de saúde em um campo composto pelas tensões existentes, envolvendo insuficientes recursos e uma demanda carente pelo devido atendimento de direito.

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997) reconheceu o assistente social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde. Assim, embora não exclusivo, o profissional é qualificado para atuar no âmbito da saúde, conforme a Resolução de nº 383 de 29 de março de 1999.

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da

⁴² Lei nº 8.662 de 1993 (BRASIL, 1993).

⁴³ Reconhece-se a imensa publicação existente sobre o Serviço Social na Saúde e, assim, entende-se não necessário um aprofundamento, apenas a contextualização.

natureza de suas funções. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1999).

Historicamente, o crescimento da profissão do Serviço Social após 1945 também teve destaque na área de saúde, com uma atuação caracterizada por prestações de serviços clínicos assistencialistas e ações em sua maioria voltadas à seleção socioeconômica, rotatividade de leitos hospitalares, encaminhamentos e triagem.

Consta ainda uma priorização nas ações por parte dos profissionais de caráter curativo nos hospitais e, Bravo e Matos (2009) sinalizam como hipótese o fato do profissional, que por estar atuando em instituição hospitalar, lidar com as contradições de um sistema excludente e que não supria com as necessidades da demanda, sendo os interesses capitalistas os norteadores.

Até o final de 1970 não eram observados sinais significativos da categoria quanto ao enfrentamento da hegemonia conservadora, sendo evidenciada uma postura de neutralidade.

Como já abordado, no fim da ditadura militar há um movimento⁴⁴ de grande relevância na saúde coletiva e “[...] também ocorre no Serviço Social o de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo”. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 203).

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 204).

As autoras ainda sinalizam que não obstante ter ocorrido uma relação entre o Serviço Social e a Reforma Sanitária, a profissão chega à década de 1990 com uma incipiente alteração da prática institucional na saúde, denotando, deste modo, uma desarticulação ao citado movimento. Entretanto, sabe-se que o Projeto de Reforma Sanitária apresenta ao Serviço Social demandas voltadas para:

[...] a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens

⁴⁴ Aqui refere-se ao movimento pela Reforma Sanitária.

grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Importante salientar que foi em mesma década (1990) do confronto do projeto neoliberal com o projeto hegemônico do Serviço Social, que também ocorreu o questionamento do Projeto da Reforma Sanitária e a consolidação de um projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. (BRAVO; MATOS, 2009)

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismos através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Conforme o apontado no decorrer do presente capítulo, através do contexto do capital e a precarização da saúde, percebe-se que a saúde pública no Brasil, embora com um aparato legal, tem sido alvo de grande desmonte, este iniciado logo a seguir a sua regulamentação pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a). Deste modo, dentro de um cenário de intensa opressão e desigualdade, faz-se necessária ao profissional a análise crítica da totalidade, uma vez que o conhecimento desta se mostra como condição indispensável para que sejam identificadas as possibilidades e limites da intervenção profissional.

A trajetória da profissão compõe um contexto de desafios e conquistas e, o enfrentamento do nosso objeto de intervenção profissional, que são as expressões da questão social, nos exige que sejam construídas em nosso cotidiano mediações políticas, éticas e teóricas.

Tem-se o trabalho profissional que, contrapondo-se a regras institucionais autoritárias e tecnocráticas, cotidianamente formula e desenvolve ações inseridas na luta por direitos, socialização e democratização da política, pela participação dos usuários, tencionando o fundo público. (RAVAGNANI, 2013, p. 172).

Na atual conjuntura, os assistentes sociais atuam frequentemente com demandas imediatas e a profissão possui um caráter mediador, sendo que o profissional muitas vezes faz mediações entre o usuário e a instituição, usuário e os profissionais; entre a realidade das políticas de saúde existentes e as condições estruturais das instituições, entre outros.

As atribuições do assistente social na área da saúde constituem um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e a

busca de alternativas, visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. Estão pautadas no conceito de saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, na formação generalista do assistente social e, no compromisso ético-político anunciado no Código de Ética da profissão, que reafirma o seu posicionamento em favor da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso relativo às ações e serviços de saúde, bem como sua gestão democrática (SARRETA, 2009, p. 58).

Os assistentes sociais muitas vezes se encontram em um cenário propício à objetivação de ideias e práticas neoconservadoras e individualistas, porém, em coexistência com outras formas de oposição. São várias as ações que denotam a busca de tal rompimento, as quais estão intrinsecamente envolvidas com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

E a experiência sócio-profissional tem comprovado que para um projeto profissional se afirmar na sociedade, ganhar solidez e respeitabilidade frente às outras profissões, às instituições privadas e públicas e, ainda, frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão, é necessário que ele tenha em sua base uma categoria fortemente organizada. (PAULO NETTO, 1999, p. 95).

Assim, entende-se que para que o nosso projeto profissional possa ser consolidado na direção pretendida, mediante uma base de sustentação, é muito importante a articulação com outros atores, o seu avanço está relacionado ao avanço dessas forças sociais mais amplas. É necessário cada vez mais o fortalecimento e renovação de nossa organização política, segundo Barroco (2009), através de um trabalho de base junto à categoria.

A reafirmação do projeto profissional no contexto citado depende também das ações dos profissionais atuantes nas áreas que envolvem essa problemática, através de ações qualificadas, éticas e socialmente comprometidas.

Não obstante o sistema público de saúde ter apresentado o avanço histórico com a Constituição Federal de 1988, grandes limitações persistem, em diferentes âmbitos, ainda com os retrocessos dos últimos anos e, conforme consta no presente capítulo são grandes os desafios cotidianos aos assistentes sociais, para se posicionarem dentro deste contexto.

Se de um lado as inovações referentes à saúde no pós 1988 trouxeram mudanças muito significativas quanto a sua previsão legal, que, de certa maneira, vão ao encontro do projeto profissional do Serviço Social; por outro representam um

desafio profissional, uma vez que na prática tal direito ainda não é efetivado para a maioria da população, desencadeando o fenômeno denominado de “judicialização do direito à saúde”.

Os projetos societários que buscam o atendimento dos interesses das classes trabalhadoras e subalternas, mesmo em um contexto de democracia, possuem condições não muito favoráveis para o enfrentamento dos projetos das classes dominantes, contudo “[...] o Serviço Social tem mantido participação ativa na defesa do direito universal à saúde e das políticas sociais e públicas.” (SARRETA, 2009, p. 55).

Conforme o apontado na parte introdutória do presente trabalho, no capítulo a seguir será abordado em específico o fenômeno da judicialização do direito à saúde, que tem se mostrado como um recurso para muitos brasileiros, diante do contexto da saúde no Brasil.

CAPÍTULO 2 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

“As leis não bastam, os lírios não nascem das leis.”

(Carlos Drummond de Andrade)

2.1 A Conjuntura da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil

Os assistentes sociais, em seus diferentes locais de trabalho, empenham-se no processo de luta pela implementação das políticas públicas e pela universalização dos direitos sociais, impulsionando sua prática profissional para a defesa e ampliação de direitos. Discutir a judicialização da saúde é de suma importância para o Serviço Social, pois atinge diretamente os usuários dos serviços públicos e trabalhando em prol da garantia do direito à saúde, os assistentes sociais são chamados a fazer frente a este processo de sucateamento dos serviços. (RIBEIRO, 2014, p. 15).

A garantia de direitos sociais, dentro do contexto composto pela negação e pelo desmonte das políticas sociais, consiste em um desafio no cotidiano dos assistentes sociais. Como já visto no capítulo anterior, a Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu artigo 196 declara a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sendo assim preconizado um atendimento integral, com acesso igualitário e universal.

Vale ressaltar que a incumbência de efetivação da saúde pertence aos três entes: Município, Estado e União, conforme o que é definido constitucionalmente.

Mediante ao indicado no artigo 196 e a garantia de que aos cidadãos brasileiros há a liberdade para então reivindicarem os seus direitos constitucionais assegurados, tem-se o fenômeno denominado atualmente de judicialização da saúde, ou judicialização do direito à saúde; que, portanto, compreende-se possuir uma estreita relação com as inovações da Constituição Federal de 1988.

Barroso (2009, p. 36, grifo do autor) destaca o atributo da imperatividade relacionado às normas constitucionais:

[...] normas constitucionais, portanto, contém comandos. Descumpre-se a imperatividade de uma norma tanto por ação quanto por omissão. Ocorrida a violação, o sistema constitucional e infraconstitucional devem prover meios para a tutela do direito ou bem jurídico afetados e restauração da ordem jurídica. Estes meios são a *ação* e a *jurisdição*; ocorrendo uma lesão, o titular do direito ou alguém com legitimação ativa para protegê-lo pode ir a juízo postular reparação. Existem mecanismos de tutela individual e de tutela coletiva de direitos.

O Poder Judiciário então, consequentemente, conta com um papel ativo e decisivo quanto a concretizar o que está estampado na Constituição Federal. Contudo, Barroso (2009) sinaliza que o preconizado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 indica o pressuposto de que a garantia do direito à saúde será

então efetivada através de políticas sociais e econômicas e não por meio de ações judiciais.

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

Deste modo, segundo o autor, a possibilidade de o Poder Judiciário concretizar, independente de mediação legislativa, o direito à saúde “[...] encontra forte obstáculo no modo de positivação do artigo 196, que claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas.” (BARROSO, 2009, p. 23).

Não obstante, a judicialização do direito à saúde é um fenômeno que apresenta grande crescimento nos últimos anos. Com base na premissa do artigo 196 da Constituição Federal brasileira reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que é cada vez maior a quantidade de cidadãos que então recorrem ao Poder Judiciário. Tal ação tem como objetivo o atendimento de suas demandas de saúde (tratamentos, medicamentos, exames e etc), após o atendimento destas ter sido negado, não disponibilizado ou, ainda, pela exigência que o contexto de saúde dos autores das ações impõe.

Judicialização vem do verbo “judicializar”, que pode ser compreendido como “tornar judicial” ou ingressar com petição ao juiz sobre determinada causa. Assim, judicialização pode ser entendida como levar ao Poder Judiciário questões que não foram “resolvidas” pelos outros poderes (Executivo ou Legislativo).

Como já verificado, os pedidos judiciais de direito à saúde são sustentados pela sua própria garantia prevista na Constituição Federal de 1988, que assegura o acesso universal e integral às ações de saúde no Brasil, a serem promovidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Destarte, a judicialização da saúde consiste em ações judiciais ingressadas por cidadãos que requerem o seu direito à saúde por parte do Estado, nele contidos tratamentos, medicamentos, exames, entre outros, não disponibilizados pelo SUS.

O tema em questão se caracteriza como um campo que tem despertado o interesse de estudo por profissionais de diferentes áreas. O fornecimento de medicamentos pela via judicial se configura como um grande desafio da administração pública, com crescente aumento das demandas judiciais nos últimos anos.

Nos últimos cinco anos, a quantidade de processos movidos por pacientes para obrigar o Estado a fornecer fármacos e tratamentos que ainda não são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou ainda não foram registrados no país aumentou 92%. Apenas em 2015, o governo paulista gastou R\$ 1.2 bilhão em remédios e insumos para 57 mil pacientes que recorreram aos tribunais. (PIERRO, 2017, p. 18).

Figura 1 - Custos da Judicialização da Saúde no Brasil



Fonte: Pierro (2017).

As discussões e reflexões relativas ao acesso à saúde através da esfera judicial nos últimos anos, alvo de inúmeros estudos e pesquisas no país, contemplam não somente a participação de profissionais do âmbito do Direito, como também de profissionais ligados à gestão pública de saúde e pesquisadores de diversas áreas, com diferentes leituras acerca do tema, de modo a compreender o fenômeno da judicialização.

Alguns estudos indicam o fenômeno como positivo, outros como negativo ou ainda como a alternativa existente no momento. De um lado as críticas quanto ao protagonismo do Poder Judiciário, de outro as reflexões quanto a novos caminhos ou possibilidades de enfrentamento da realidade posta em tal contexto.

A judicialização do direito à saúde não é algo que se restringe apenas ao Brasil.

Mapa 3 – Judicialização da Saúde em outros Países



Fonte: Pierro (2017, p. 22).

Verifica-se que os indicativos do quadro apresentado por Pierro (2017) apontam a existência do fenômeno em territórios da América Central, América do Sul, África e Ásia; por outro lado, não se encontra o referido fenômeno no continente europeu.

Historicamente, segundo Carvalho (2013), as primeiras ações de judicialização de saúde surgiram no início dos anos de 1990, para enfermidades específicas, no caso, o tratamento do ⁴⁵HIV/AIDS, contudo, nos dias atuais as solicitações de medicamentos abrangem diversas indicações terapêuticas.

[...] o Estado se viu forçado a tomar medidas para garantir de maneira satisfatória o direito à saúde aos portadores de AIDS, assim, o direito ao tratamento foi universalizado pela Lei nº 9.313/96 (BRASIL, 1996), através

⁴⁵ O tratamento para o HIV/AIDS contempla uma política pública de saúde no Brasil, com atendimento gratuito aos doentes, sendo que na cidade de Franca há o ambulatório de DST/AIDS.

da distribuição gratuita de medicamentos. O caso da AIDS impulsionou a sociedade a buscar de maneira significativa o Poder Judiciário para buscar a efetivação do direito à saúde, em especial, através de ações individuais pleiteando bens materiais como medicamentos, cirurgias, tratamentos, próteses, entre outros. (FALAVINHA, 2013, p. 87).

Ressalta-se que o perfil atual das ações se apresenta diversificado, com solicitações de medicamentos para indicações terapêuticas variadas.

“Judicializar” as questões de saúde não se caracteriza como algo singular, tratando-se da recorrência ao Poder Judiciário na busca de garantia de direitos constitucionais, pois no cotidiano também há a judicialização de várias expressões da questão social, judicialização da política e judicialização dos conflitos.

O termo judicialização da política é contemporâneo e remonta estudos realizados no início da década de 1990. Tal atualidade dos estudos em torno desta temática se faz pelo fortalecimento do Poder Judiciário e dos direitos fundamentais, nas constituições do pós segunda guerra mundial. (FALAVINHA, 2013, p. 76).

A judicialização da política possui uma estreita relação com a judicialização da saúde, uma vez que a saúde, enquanto um direito social, para que seja assegurada a sua garantia, contempla a existência de políticas públicas. Pode-se compreender a judicialização das políticas públicas como ações movidas por cidadãos que cobram o direito à proteção social.

Como já abordado na parte introdutória deste trabalho, a questão social em suas diversas expressões são objeto do Serviço Social. A judicialização da questão social é então uma ação que se configura como uma transferência ao Poder Judiciário para decisões quanto ao enfrentamento das suas diversas expressões, na busca da efetivação dos direitos preconizados constitucionalmente.

Aguinsky e Alencastro (2006, p. 20) apontam a judicialização das expressões da questão social como:

[...] uma tendência, hoje em tela, na construção social de respostas às desigualdades sociais e à efetivação de direitos humanos que reconhece, no Poder Judiciário, a institucionalidade privilegiada, não raro em detrimento de um compromisso mais efetivo do Estado e da esfera pública, em seu sentido mais amplo, para com as demandas de direitos da população.

Dentro da perspectiva das autoras, tais ações judiciais poderiam ao invés de fortalecer a garantia de direitos positivados⁴⁶, contribuir para uma desresponsabilização do Estado por parte dos poderes Legislativo e Executivo, que então deveriam efetivá-los por meio de políticas públicas.

Especificamente se tratando da judicialização da saúde, para que sejam iniciados os requerimentos judiciais⁴⁷, é necessária a prescrição médica, na qual estará atestada a condição de saúde do autor da ação e, ainda, uma declaração ou documento que comprove a indisponibilidade do tratamento, medicamento ou procedimento por parte do SUS.

Os pedidos são ingressados por meio de advogados ou defensores públicos, através de acesso por via de justiça gratuita ou particular. Alguns autores (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008) apontam para os mecanismos existentes quantos aos requerimentos judiciais e os tipos de ações de judicialização da saúde.

Diversos são os mecanismos processuais que podem ser manejados pelo paciente que pleiteia a assistência farmacêutica perante o Poder Judiciário. Frequentemente são utilizados: a ação civil pública, disciplinada pela Lei nº 7347/85; o mandado de segurança; e as ações condenatórias de obrigação de fazer ou de obrigação de dar. (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

Em tais ações, além dos advogados, procuradores e defensores públicos, também participam juízes, promotores e assistentes sociais, sendo estes últimos (dentro do contexto da Comarca de Franca) profissionais vinculados ao Poder Executivo (Secretaria Municipal de Saúde).

Ao Ministério Público há a atribuição de defesa da saúde pública, a qual deve permanecer sob a sua fiscalização e, segundo o Artigo 127 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) “o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

De modo a trazer ao presente estudo dados sobre o Estado da Arte da produção acerca da judicialização da saúde no Brasil, eixo central da pesquisa, recorre-se aos apontamentos de Bittencourt (2006)⁴⁸. A autora realizou uma análise

⁴⁶ Direitos positivados são aqueles eleitos pelo legislador, em vigor em determinado ordenamento jurídico.

⁴⁷ Tal indicação está baseada no contexto da Comarca de Franca, sendo a premissa obtida com base no estudo realizado em ações judiciais, que será apresentado no Capítulo 4 do presente trabalho.

⁴⁸ O artigo é “O Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil (BITTENCOURT, 2006).

das produções acadêmicas sobre a judicialização da saúde nos anos de 2010 a 2014 em dois bancos de dados, através de uma revisão de literatura. Quanto aos resultados obtidos, revela:

A produção acadêmica no Brasil tem se dedicado ao estudo do fenômeno da judicialização do direito à saúde, enquanto direito fundamental social constitucionalizado, por meio de duas correntes de pensamento distintas: uma que vê no ativismo político do judiciário um empecilho para a efetivação do direito à saúde, enquanto direito coletivo, e outra, que atribui a este fenômeno uma forma de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia. (BITTENCOURT, 2006, p. 109).

A autora destaca que a produção acadêmica brasileira tem contribuído para superar uma visão polarizada sobre a judicialização da saúde e promover um avanço num caminho de produção de um “saber-fazer” interdisciplinar e integrado (BITTENCOURT, 2006).

Em um universo de 35 produções acadêmicas, Bittencourt identificou 16 sobre a judicialização de medicamentos, portanto, relacionadas à assistência farmacêutica e 16 sobre o fenômeno da judicialização “[...] o que vem corroborar a hipótese de que a produção acadêmica sobre judicialização da saúde discute, principalmente, acesso a medicamentos via decisão judicial” (BITTENCOURT, 2006, p. 102), havendo então indicativos de que seja o principal objeto de estudos da judicialização no país.

A autora apresenta dentre os enfoques de estudos do tema:- má administração ou falhas administrativas quanto à política pública de saúde e os recursos disponíveis; a afronta ao princípio da separação dos três poderes (Executivo Legislativo e Judiciário); pressões para a incorporação de novas tecnologias por parte do SUS; a produção de um acesso desigual ao SUS, favorecendo assim quem aciona ao Poder Judiciário para as demandas de saúde; quanto ao fato das decisões favoráveis do Judiciário nas demandas de saúde serem respaldadas por laudos médicos e não serem afetadas ao Direito, que é a área de atuação do juiz; necessidade de políticas que contemplem doenças raras e, interesses da indústria farmacêutica.

Bittencourt ainda sinaliza a existência de um grupo de autores que defendem que “[...] a principal causa para o aumento dos números de processos judiciais solicitando medicamentos são as falhas do Sistema Público de Saúde.”

(BITTENCOURT, 2016, p.116). Assim, a judicialização também é vista como resultado da má gestão e execução de Políticas Públicas.

2.1.1 Os diferentes olhares para a judicialização da saúde no Brasil

Segundo Pierro (2017), o fenômeno da judicialização possui dupla face, em uma delas se caracteriza como única alternativa capaz de salvar ou prolongar a vida de uma pessoa, como exemplo, nos casos de doenças raras ou crônicas, mas que por outro lado, ocorre o comprometimento do orçamento público no atendimento das demandas judiciais.

Assim, o autor alerta quanto a uma insuficiência orçamentária para o atendimento de todas as demandas de saúde apresentadas ao Estado, sem o prejuízo a outras demandas não judicializadas, o que então acarretaria o atendimento daqueles que recorrem ao Poder Judiciário em detrimento daqueles que não recorrem. Acrescenta que os recursos financeiros para as demandas de saúde dos estados e municípios frequentemente já contam com o valor previamente estipulado, ou “pré-definido”, deste modo, quando utilizados para a judicialização, prejudicariam as políticas de saúde.

Os indicativos existentes quanto às ações de judicialização da saúde no Brasil contam com uma diversidade de solicitações, não se restringindo, portanto, apenas a medicamentos com custos elevados. Não obstante, um dado apontado por Pierro (2017) indica que em São Paulo, 4% dos fármacos fornecidos via demanda judicial consomem mais 90%⁴⁹ dos gastos em ações judiciais.

Barroso (2009) revela que possivelmente a crítica mais frequente à judicialização do direito à saúde está ligada a questão financeira, quanto ao atendimento das demandas judiciais, o que recebe como denominação “Princípio da Reserva do Possível”.

⁴⁹ “Da lista dos medicamentos mais caros comprados pelo governo federal, seis não estão registrados na ANVISA. Um deles é a lomitapida, aprovado nos Estados Unidos para uso por portadores de uma doença genética rara, a hipercolesterolemia familiar homozigótica. O tratamento com esse medicamento custa cerca de US\$ 1 mil por dia. O fato de um medicamento não estar registrado na ANVISA significa que não tem autorização oficial para ser comercializado em ampla escala no Brasil porque, mesmo em seus países de origem, ainda não passou por todos os testes pré-clínicos (em modelos animais) e clínicos (em seres humanos) necessários para evidenciar sua segurança de uso e eficácia.” (PIERRO, 2017, p. 20).

Deste modo, não obstante a previsão legal e constitucional do direito à saúde, o Poder Público contesta tais argumentos, sustentando que nem sempre tem condições de garantir as prestações materiais pretendidas pela população.

O Princípio da Reserva do Possível defende que os recursos públicos seriam, então, insuficientes para o atendimento das necessidades sociais da população, exigindo assim uma tomada de decisão por parte do Estado em determinadas situações.

Para Novelino (2008), que é um defensor de tal teoria e autor de trabalhos na área do Direito, é inegável a estreita ligação entre as circunstâncias econômico-financeiras e a efetividade dos direitos fundamentais sociais. Ainda segundo o autor, a limitação e escassez dos recursos materiais disponíveis para o atendimento das demandas sociais, condicionam a realização de prestações impostas pelos direitos sociais ao volume de recursos a ser manejado pelo Poder Público.

Em outras palavras, segundo o autor a onerosidade da implantação dos direitos sociais acaba por condicionar o seu processo de concretização às possibilidades financeiras e orçamentárias do Estado.

É, partindo dessa premissa, que o Poder Público, em resposta a judicialização do direito à saúde, muitas vezes busca se isentar de seu dever constitucional, argumentando que o Estado não tem condições de atender a todas as demandas, mas apenas aquelas limitadas às suas disposições orçamentárias.

Assim, autores estudiosos do tema fazem o apontamento de que frequentemente para o atendimento de uma demanda judicial, é suspenso um tratamento ou atendimento não judicial, pela escassez de recursos para manutenção de ambos os casos e, nas palavras de Gaspardo (2013, p. 130): “[...] somando-se as ideias da aplicabilidade imediata e do caráter individual do direito à saúde, resulta a conclusão de que ‘o dever do Estado é ilimitado e indefinido e será definido conforme demanda individual’.”

Cabe ao Poder Judiciário, como indica Barroso (2009), dentro de um estado constitucional democrático, a interpretação da Constituição e das leis, deste modo aos juízes em diversas situações e, aos Tribunais, o papel de construção do sentido das normas jurídicas. Contudo, como já citado anteriormente, para o autor o preconizado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, indica um pressuposto de que a garantia do direito à saúde será efetivada através de políticas sociais e econômicas e não por meio de ações judiciais.

Deste modo, Barroso (2009) nos revela uma segunda crítica à judicialização, defendendo assim como tarefa do Poder Executivo as decisões na área de saúde, por este contar com uma visão global dos recursos existentes e, quanto as necessidades que deverão ser atendidas. Acrescenta que decisões por parte do Poder Judiciário estariam desta forma promovendo uma alteração no arranjo constitucional de 1988.

Tal crítica está sustentada na impropriedade da retirada de poderes legitimados através do voto (com a atuação de representantes eleitos pelo povo), do poder decisório do que, por exemplo, seria a opção de priorização na saúde. Há, portanto, defesas que consideram uma afronta ao princípio da separação dos poderes o protagonismo do Poder Judiciário dentro desse contexto.

Advogados e procuradores públicos, como defensores nas ações de saúde, buscam fundamento na própria Constituição, especialmente, no princípio da separação dos poderes estampado no artigo 2º da Constituição Federal⁵⁰, cuja origem remonta a Montesquieu, filósofo pioneiro em sistematizar a Teoria da Separação dos Poderes.

No “Espírito das Leis” (MONTESQUIEU, 2008) a referida teoria visou moderar o poder do Estado, dividindo-o em funções e dando competências a seus diferentes órgãos, com análise das relações que as leis têm com a natureza e os princípios de cada governo, desenvolvendo a teoria de governo que alimenta as ideias do constitucionalismo, no qual há o objetivo de serem evitados o arbítrio e a violência.

Tais ideias se encaminham para a melhor definição da separação dos poderes, ainda hoje um dos pilares do exercício do poder democrático. Montesquieu descreveu a separação dos poderes em Executivo, Judiciário e Legislativo, trabalho que influenciou os elaboradores da Constituição dos Estados Unidos e, por sua vez, todas as constituições brasileiras.

Bittencourt (2006) menciona que há estudos do tema que consideram a judicialização como uma afronta ao princípio da separação dos poderes e, que através de tal protagonismo, o Poder Judiciário então estaria “guiando” as políticas públicas de saúde e, deste modo, intervindo nos outros poderes – Executivo e Legislativo.

⁵⁰ Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

Acerca da separação dos poderes, a crítica quanto à judicialização da saúde está respaldada no aspecto de que a partir do momento em que o Judiciário determina a aquisição de um tratamento ou procedimento de saúde, que estaria imiscuindo nos gastos do orçamento público, o que então acarretaria desdobramentos em relação à construção e planejamento de políticas públicas.

Deste modo, outro argumento de que se vale o Poder Público, para se eximir de seu dever de garantia do direito constitucional à saúde, diz respeito a uma suposta ilegitimidade do Poder Judiciário para intervir nas políticas públicas; de que não é dado ao juiz se fazer substituir ao administrador ou legislador e definir judicialmente a destinação dos recursos públicos na área da saúde.

Todavia, profissionais envolvidos cotidianamente com a questão, sustentam que as liberdades de conformação legislativa e de execução de políticas públicas pelo Poder Executivo não são absolutas, na medida em que, se esses poderes agirem de modo irrazoável, torna-se necessária a intervenção do Poder Judiciário com o intuito de viabilizar a todos o acesso aos seus direitos constitucionais.

Outro aspecto apontado por autores, que são contrários a judicialização do direito à saúde, é o de que o Poder Judiciário não teria o conhecimento específico para decidir questões de saúde, uma vez tratar-se, sobretudo, das áreas de Medicina e Farmácia.

Acrescenta-se ainda haver a questão de que no cenário jurídico nacional, a postura do Poder Judiciário é por vezes conhecida como “Ativismo Judicial”, assim entendida como uma postura proativa do citado Poder, que interfere de maneira regular e significativa nas opções políticas dos demais poderes. Muitos consideram o Ativismo Judicial junto ao fenômeno da judicialização da política como uma invasão injustificada do Poder Judiciário no domínio dos outros poderes estatais, configurando para os defensores de tais argumentos como uma prática antidemocrática.

O Ativismo Judicial se relaciona a uma “[...] atuação mais incisiva dos juízes em áreas que, em regra, não dizem respeito a suas atividades.” (FALAVINHA, 2013, p. 84).

O ativismo judicial, quando bem compreendido, estimula a emergência de institucionalidades vigorosas e democráticas e reforça a estabilização da nossa criativa arquitetura constitucional. Quando mal compreendido, entretanto, este ativismo é sempre propício à denúncia de um governo de juízes, de uma justiça de salvação, referida casuisticamente aos aspectos

materiais em cada questão a ser julgada. Mal compreendido leva a concepções de uma justiça que abdica da defesa da integridade do Direito [...]. (VIANNA, 2008, p. 3).

Gaspardo (2013) define que o Ativismo Judiciário consiste em um exercício da função jurisdicional que ultrapassa os limites impostos pelo ordenamento. Deste modo, a sua reflexão está pautada em como poderia e qual seria então o limite, para que não se caracterize como uma invasão na atividade política governamental.

Primeiramente, é preciso distinguir entre politização e ativismo do Judiciário: quando a participação do Judiciário na concretização da política governamental decorre de previsão constitucional e é exercida dentro dos limites constitucionalmente estabelecidos, trata-se de exercício de seu papel político; já o ativismo se refere ao exercício da função jurisdicional além dos limites impostos pelo ordenamento, ao abuso de seu papel político, o que acarreta uma tensão entre os poderes. (GASPARD, 2013, p. 124).

A postura proativa do Poder Judiciário nesses casos, todavia, nem sempre é vista como abusiva ou ofensiva à separação dos poderes da República e é considerada como fruto de outro fenômeno jurídico, denominado Neoconstitucionalismo.

No caso brasileiro, o renascimento do direito constitucional se deu, igualmente, no ambiente de reconstitucionalização do país, por ocasião da discussão prévia, convocação, elaboração e promulgação da Constituição de 1988. Sem embargo de vicissitudes de maior ou menor gravidade no seu texto, e da compulsão com que tem sido emendada ao longo dos anos, a Constituição foi capaz de promover, de maneira bem-sucedida, a travessia do Estado brasileiro de um regime autoritário, intolerante e, por vezes, violento para um Estado democrático de direito. (BARROSO, 2005, p. 3).

Segundo Barroso (2005) o Neoconstitucionalismo ou novo direito constitucional, corresponde a um conjunto amplo de transformações que ocorreram no direito constitucional e no Estado, que se desenvolveu na Europa, ao longo da segunda metade do século XX e, no Brasil, após a Constituição de 1988. Decorrente ao citado processo, há a aplicabilidade direta da Constituição em diversas situações. “A constitucionalização, o aumento da demanda por justiça por parte da sociedade e a ascensão institucional do Poder Judiciário provocaram, no Brasil, uma intensa judicialização das relações políticas e sociais.” (BARROSO, 2005, p. 42). O Neoconstitucionalismo proclama a primazia do princípio da dignidade da pessoa humana, a qual deve ser protegida e promovida pelo Poder Público e pela sociedade.

Da mesma forma, esse movimento enaltece a força normativa da Constituição, a qual deixa de ser um mero catálogo de competências e de recomendações políticas e morais, para se tornar um sistema de preceitos vinculantes. No Brasil, o grande marco do Neoconstitucionalismo foi a abertura democrática vivida em meados da década de 1980 e a Constituição de 1988.

Dentre outras críticas presentes em relação à judicialização do direito à saúde, também se encontra por parte de alguns estudiosos do tema, a de uma transferência ao Judiciário da responsabilidade de escolha de “quem tem o direito”, considerando que as decisões não são coletivas, contribuindo dessa maneira, segundo autores, para uma violação do preconizado constitucionalmente, quanto ao direito à saúde ser de todos os cidadãos.

Assim acontece com a saúde. Por desconhecer as políticas públicas formadoras do SUS, a jurisdição não tem solucionado o acesso a bens e serviços de saúde. Ao contrário, tem criado distorções no sistema e dado ao conceito de acesso à justiça um sentido reverso, em que uns poucos privilegiados, que podem ter acesso aos tribunais, obtêm uma sentença. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

As ações judiciais de saúde são normalmente para o atendimento de uma demanda individual. Por exemplo, o cidadão X solicita judicialmente o medicamento Y, para o tratamento da doença Z; mesmo com a presença de diversos outros cidadãos em sua cidade, também portadores da doença Z e sem condições financeiras para a aquisição do medicamento Y, não terão, a princípio, qualquer benefício com a ação judicial do cidadão X.

A saúde pública é um direito difuso, no entanto, não se tem notícia de Ações Cíveis Públicas ou mesmo ações coletivas que cheguem aos tribunais para tratar de modo generalizado de temas que afetem a saúde das pessoas, indistintamente. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

Ainda há a ressalva de que para se ter acesso a judicialização da saúde existe como pressuposto o acesso à Justiça, através de um profissional, por exemplo, da Defensoria Pública. Sabe-se, no entanto, não ser uma realidade do Brasil como um todo (considerando a sua grande dimensão geográfica e desigualdades em diversas regiões) o acesso à justiça gratuita a todos que dela necessitam.

Assim, considera-se que o fenômeno da judicialização do direito à saúde contribui para uma demanda individual a ser atendida, em detrimento de um caráter

coletivo no que concerne à gestão e planejamento do atendimento das necessidades em saúde dos cidadãos. Aginsky e Alencastro (2006) então destacam que as respostas do Judiciário são individuais e focalizadas, porém, com demandas coletivas e estruturais.

Para Gaspardo (2013) a tutela individual não se configura como a mais adequada, por encontrar-se deslocada do caráter coletivo; o referido autor entende o coletivo como um meio mais efetivo de provocar o Poder Executivo, no sentido de que seja elaborada a Política Pública de Saúde, contribuindo então para a extensão dos benefícios a coletividade.

Percebe-se que a garantia do direito à saúde de forma individualizada não possibilita a alteração do quadro de desigualdade social existente no país, prejudicando aqueles cidadãos que não têm acesso à justiça e trazendo sérias consequências para a gestão orçamentária. E acredita-se que esta luta individualizada pela garantia do direito à saúde não seja capaz de transformar a política de saúde existente no país. (RIBEIRO, 2014, p. 148).

Quando ocorre o atendimento de uma demanda de saúde em Juízo, o Poder Judiciário muitas vezes recebe a acusação de “[...] exorbitar de suas funções de aplicar a lei ao caso concreto e interferir, reflexamente, nas políticas públicas que se destinam a garantir esse direito sob a perspectiva coletiva, prejudicando assim, a equidade em saúde.” (CHIEFFI; BARATA, 2009 apud DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 507).

Todavia, vale salientar que de certa maneira as ações de judicialização podem contribuir para que ocorra um impulsionamento ao SUS, no sentido de que muitas ações repetidas, ou seja, requerendo um mesmo medicamento ou tratamento, poderiam estar indicando a necessidade de que estes sejam então incluídos nas relações dos já distribuídos gratuitamente.

Para além da questão da insuficiência quanto ao disponibilizado na rede pública referente a medicamentos, tratamentos ou o necessário a saúde dos cidadãos, há autores que tratam de um interesse da indústria farmacêutica na judicialização, como refere Pierro (2017, p. 23-24):

Estudos divulgados recentemente mostram que a influência de empresas do setor se estende a grupos e associações de pacientes. Uma pesquisa publicada em janeiro deste ano, no *Jama Internal Medicine* por Susannah Rose da Universidade Case Western Reserve, dos Estados Unidos, investigou cerca de 300 grupos de defesa de pacientes e descobriu que 67% receberam dinheiro de empresas farmacêuticas no ano passado. Segundo gestores públicos, há indícios de que a pressão da indústria é

semelhante no Brasil e acaba contribuindo para o aumento da judicialização ao criar novas demandas por medicamentos.

Chieffi e Barata (2010) sinalizam que muitas vezes os medicamentos (pertencentes à indústria farmacêutica) que são solicitados através de ações judiciais, são aqueles que ainda não compõem os programas de assistência farmacêutica existentes no país; contudo, que dentre estes há medicamentos disponíveis pelo SUS como uma alternativa terapêutica ao tratamento necessário.

No Brasil, o medicamento só pode ser comercializado após a aprovação do registro do produto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Porém, sua aprovação não significa que será incorporado aos programas de assistência farmacêutica do SUS. O poder público define em seus programas os medicamentos para tratamento das doenças, com base em critérios aceitos cientificamente, pois esses medicamentos serão utilizados por milhões de brasileiros, dessa maneira, é primordial ofertar à população medicamentos seguros, eficazes e custo efetivos. (CHIEFFI; BARATA, 2010, p. 423).

Assim, os autores destacam que o preconizado pelo SUS, que considera a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, poderia estar sendo utilizado para atender aos interesses da indústria farmacêutica, de modo a introduzir um novo medicamento no mercado, sendo os “compradores” os três entes do governo (Federal, Estadual e Municipal); e, ainda, ser este um mercado muito mais promissor do que os consumidores individuais.

A interpretação do direito universal à saúde e da responsabilidade do Estado em garanti-lo, bem como dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade, têm sido utilizados para justificar as demandas judiciais para a obtenção de medicamentos e outros procedimentos médicos quando estes não estão programaticamente padronizados pelo SUS. (CHIEFFI; BARATA, 2010, p. 423).

Os autores ressaltam deste modo que o aumento na demanda de judicialização poderia indicar a participação da indústria farmacêutica, com o escopo de que tais medicamentos possam vir a ser padronizados pelo SUS; contudo, não desconsiderando ser uma possível demanda de saúde não atendida.

No período de 2004 a 2006, o adalimumabe e o etanercepte, indicados para o tratamento de processos inflamatórios crônicos de doenças auto-imunes, como a artrite reumatoide, ainda não incorporados no protocolo do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, somaram o valor aproximado de 11,2 milhões de Reais, para atendimento exclusivo de ações judiciais. No final de 2006 esses dois medicamentos foram incorporados pelo Ministério da Saúde ao Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, e no início de 2007 já estavam disponíveis em farmácias do

SUS. Observa-se o crescimento da utilização de tais medicamentos, até então fornecidos por via judicial. (CHIEFFI; BARATA, 2010, p. 427).

Há outros estudos, como o de Campos Neto et al. (2012) que também trazem um alerta quanto ao envolvimento da indústria farmacêutica na judicialização da saúde.

Estudos realizados em São Paulo e Minas Gerais em 2006 mostraram concentração de pedidos judiciais de adalimumabe e etanercepte (na época não incorporados ao SUS) em grupo reduzido de prescritores e advogados. Esses resultados sugerem relações inapropriadas entre esses profissionais e os laboratórios farmacêuticos, descaracterizando a garantia do direito à saúde como motivação prioritária dos processos. (CAMPOS NETO et al., 2012, p. 785).

O estudo revelou que um pequeno número de advogados e médicos estava associado a um grande número de processos. A despeito do medicamento Adalimumabe, “[...] um único médico do escritório A foi responsável por cerca de 44% das prescrições em 117 ações judiciais; 34 médicos estiveram relacionados ao restante dos pedidos.” (CAMPOS NETO et al., 2012, p. 789).

Outro estudo⁵¹ que também contempla o assunto, realizado por Chieffi e Barata (2010), no qual o objeto foi o Estado de São Paulo (referente ao ano de 2006), revelou que 97,2% do total das ações estudadas contaram com advogados particulares e, ainda, que 35% de todas as 2927 ações foram apresentadas por 1% dos advogados. Assim, a pesquisa realizada demonstrou que poucos advogados foram os responsáveis por grande parte das demandas judiciais, o que segundo os autores poderia indicar uma estreita relação entre o advogado e o fabricante do medicamento. “Infelizmente, a utilização do processo judicial como instrumento de efetivação da assistência farmacêutica tornou-se alvo da ‘indústria da ação judicial’, na qual atuam profissionais médicos, advogados e laboratórios.” (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008, grifo do autor).

Segundo Carvalho (2005) a lógica do capital introduziu novos equipamentos na sociedade, cada vez com menor vida útil e mais dependentes de novos “especialistas” com manutenção sofisticada e, insumos cada vez mais caros. Assim, ressalta que “[...] o capital quer impingir medicamentos, equipamentos, procedimentos que transitam entre os eficientes e necessários e os ineficientes e

⁵¹ Título do estudo “Ações Judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para a introdução de novos medicamentos.” (CHIEFFI; BARATA, 2010).

prejudiciais.” (CARVALHO, 2005, p. 101). Deste modo, muitas vezes o próprio paciente, cidadão brasileiro e autor de ações judiciais, estaria desconhecendo o seu papel de objeto do capital. “O capital, entendendo como seus efetores a indústria e comércio, fez três grandes alianças para lograr êxito. Aliou-se a profissionais de saúde, a cidadãos usuários e, mais recentemente, ao Judiciário e ao Ministério Público.” (CARVALHO, 2005, p. 100).

E, curiosamente, parece que os interesses do capital (indústria farmacêutica) já chegaram ao cotidiano do Serviço Social, sabendo-se ser um profissional com grande atuação na área de saúde, conforme denuncia Ribeiro (2014, p. 16):

[...] somos chamados a buscar, através de negociações com as Secretarias de Saúde, a garantia do direito ao atendimento das necessidades do usuário, seja ela uma medicação, transporte, ou outros insumos. São negociações normalmente, tensas e incertas e quando a solicitação é negada, procedemos para a orientação dos mandados de segurança para a garantia do direito à saúde. Esta é uma “característica” do Serviço Social que, parece, tem sido percebida não apenas pelos usuários dos serviços de saúde, mas também por outros sujeitos, trazendo à tona situações, no mínimo, inusitadas. É o que ficou claro na solicitação, apresentada ao Serviço Social do HU/UFJF por um representante de laboratório que precisava do profissional para orientar os pacientes/usuários de um determinado ambulatório a impetrar mandado de segurança para acesso ao “seu medicamento”, uma vez que este ainda não estava padronizado pelo SUS como de uso excepcional.

É muito comum no âmbito do Serviço Social orientações e esclarecimentos acerca dos caminhos da judicialização da saúde, como alternativa de acesso aos direitos por parte da população e, com o apontamento da autora, observa-se que a indústria farmacêutica já teve conhecimento de tal contexto.

Um desafio “[...] consiste em construir mecanismos que sejam legitimados pela sociedade para o tratamento das exceções” (SANT’ANA et al., 2011, p. 142) e, para os autores, teria ocorrido uma intensificação e distorção do fenômeno da judicialização da saúde, havendo contribuição na questão por parte dos operadores de justiça e dos gestores de saúde.

[...] os gestores da saúde têm falhado em garantir o acesso satisfatório da população aos medicamentos, inclusive àqueles selecionados como prioritários, a despeito do esforço empreendido nos últimos anos no sentido de aumentar os recursos financeiros para esse setor. Por outro, o judiciário muitas vezes desconsidera a importância das políticas do setor saúde, dentre elas a farmacêutica, enquanto instrumentos racionais e legítimos para a alocação de recursos nesse âmbito [...]. (SANT’ANA et al., 2011, p. 142).

Observa-se que em muitas reflexões de estudiosos do assunto há um olhar negativo para a judicialização, ou melhor, elevado número de críticas. Não obstante, segundo Bittencourt (2016) também há autores que entendem a judicialização da saúde como algo legítimo, haja vista o preconizado constitucionalmente no artigo 196.

As críticas são incisivas na atuação do Poder Judiciário, mas não contemplam causas extrínsecas que podem gerar uma judicialização da saúde excessiva e prejudicial. Assim, é necessário conceber e relacionar as críticas com outras perspectivas, como a má alocação de recursos, a corrupção, as influências do âmbito privado (planos de saúde, indústrias farmacêuticas, etc) que interferem negativamente no processo de judicialização da saúde. (FALAVINHA, 2013, p. 92).

Machado (2010) reconhece a judicialização da saúde como consequente da democracia, portanto, um fenômeno que denuncia investimentos em saúde que são insuficientes à demanda que se apresenta ao contexto brasileiro.

Outro aspecto relevante é o de que a judicialização da saúde, tratando-se de produtos inovadores recentes, contribui com a possibilidade de acesso aos mesmos por parte da população sem recursos financeiros suficientes a tais tratamentos, procedimentos ou medicamentos; os quais ainda não constam ou não estão incorporados nas relações dos disponibilizados pelos serviços públicos de saúde. As pessoas que necessitam de um acesso diferenciado à saúde poderiam ser beneficiadas, pois há casos em que o tratamento tradicional não apresenta um resultado satisfatório, como na maioria de outros indivíduos com mesmo quadro mórbido.

Fleury (2012) também sinaliza que a judicialização da saúde é resultado de uma ampliação da democratização. “Não há dúvidas que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positivação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã.” (FLEURY, 2011, p. 159).

A judicialização da saúde no Brasil foi vista até agora como uma interferência indevida sobre a capacidade de planejamento e ação do Executivo e também como uma ameaça à ação dos gestores locais, fruto do hiperativismo da procuradoria. No entanto, creio que esta fase está sendo superada e defendo que a judicialização é, hoje, a maior aliada ao SUS. (FLEURY, 2012, p. 160).

Compartilha-se da reflexão da autora que destaca que ao invés do combate à judicialização, deverá ocorrer a busca de que seja evitado que esta se transforme em mais uma questão de iniquidade e, acrescenta-se, a relevância da participação de diversos atores sociais no enfrentamento de tal contexto, sendo que alguns exemplos serão apresentados a seguir.

2.1.2 Caminhos, possibilidades e novas práticas de enfrentamento à judicialização

Barroso (2009) indica como uma sugestão à judicialização uma intervenção do Poder Judiciário quanto à revisão das listas de distribuição e das políticas públicas.

Sant'ana et al. (2011) também apontam alguns fatores que poderiam auxiliar na redução da quantidade das demandas judiciais e, nas distorções envolvendo a judicialização da saúde. Nesse sentido, destacam a importância de uma estruturação adequada quanto ao acesso regular a medicamentos selecionados nas listas oficiais de fornecimento, haja vista que constam ações de judicialização nas quais são solicitados tais medicamentos e, também, uma amplitude quanto a possibilidades de atendimento de casos não previstos em tais listas.

Alguns fatores podem contribuir para reduzir a intensidade do fenômeno assim como das consequentes distorções. A estruturação adequada do sistema público de saúde, garantindo acesso regular aos medicamentos por ele selecionados, bem como a sua concentração no real objetivo da seleção de medicamentos essenciais, de modo a considerar as peculiaridades das demandas dentro de uma ótica de racionalidade clínica e não apenas financeira, são bons exemplos. Para tanto, faz-se mister a atualização das listas de medicamentos e dos protocolos de tratamento e a expansão concreta da cobertura por meio da criação, no sistema de saúde, de espaços dedicados à consideração técnica dos casos não previstos nas mesmas listas e protocolos. (SANT'ANA et al., 2011, p. 142).

Quanto ao papel do Judiciário, os autores apresentam sugestão para o fortalecimento da gestão efetiva da assistência farmacêutica, que seria o acompanhamento do requerente das ações de saúde após a concessão judicial do solicitado, de modo a assegurar a efetiva garantia do acesso à saúde “[...] e promover o uso racional dos medicamentos, evitando possíveis fraudes ou má aplicação de recursos públicos [...]” (SANT'ANA et al., 2011, p. 143)

Já Delduque e Castro (2015) sugerem a Mediação como uma possível ferramenta no enfrentamento do quadro atual de judicialização, indicando-a como forma articulada de acesso à justiça.

Mediação, ferramenta que vem sendo utilizada no Brasil de forma acanhada, mas que tem demonstrado ser um potente instrumento de solução para controvérsias de muitas ordens. Essa forma alternativa de resolução de conflitos pode ser utilizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que as controvérsias que ensejam a conhecida 'judicialização' possam ser dirimidas em fóruns e instâncias que não o Poder Judiciário, sem perder de vista o Direito de Acesso à Justiça das partes, consagrado na Constituição de 1988. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 507).

Segundo os autores, a Mediação é uma forma de resolução de conflitos na qual as partes contam com um terceiro participante, denominado de "neutro". "A mediação, como método pacífico de gestão de conflitos, pretende evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso e pôr fim a aqueles iniciados ou reduzir o seu alcance." (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 510).

O SUS tem recebido preciosa ajuda dessa forma de resolução de conflitos, com dignas iniciativas de juízes, membros do Ministério Público, defensores públicos e advogados da União e procuradores, que, instituindo grupos de Mediação, realizam um trabalho a partir da demanda individual, para mediar o conflito entre o paciente/autor e o gestor da saúde, com o intuito de evitar a ação judicial. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 511).

Um projeto desenvolvido no Mato Grosso (MT), elaborado pelo juiz Túlio Duailibi Alves Souza, também contempla propostas frente ao fenômeno da judicialização: uma delas no âmbito do Poder Judiciário estadual e outra no âmbito do Poder Executivo, que consistem na instalação de unidades de gestão de conflitos⁵² vinculadas à Central de Assistência Farmacêutica e à Central de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Arruda (2017) refere que o citado projeto conta com o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), com as atividades iniciadas em novembro de 2011 e o objetivo de oferecer um suporte técnico aos atores do judiciário nas ações de saúde. Considerando a parceria citada, o núcleo é então composto por médicos e farmacêuticos. Os pareceres dos profissionais têm um prazo já pré-determinado

⁵² Em relação à questão, destacamos a Resolução de nº 125, do Conselho Nacional de Justiça, a qual dispõe sobre a Política Judiciária Nacional relacionada ao tratamento adequado dos interesses e conflitos no âmbito do Poder Judiciário. Esta também traz a previsão da incumbência dos órgãos judiciários de oferecer outros mecanismos de solução de conflitos, normalmente denominados de meios consensuais (mediação e conciliação) (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010b).

para a apresentação, de acordo com algumas especificidades e, constam serem prazos curtos.

Percebe-se que há vários casos considerados não pertinentes pelo NAT, ou seja, são casos que não há respaldo legal para o pedido. O que acontece é que muitas dessas ações poderiam ser resolvidas por políticas públicas, muitas vezes existentes, mas desconhecidas ou realizadas precariamente, que resultam ineficientes. (ARRUDA, 2017, p. 109).

Salienta-se que tal realidade de criação de núcleo de judicialização não é única no país, sendo observada crescente implantação de comissões profissionais de enfrentamento do fenômeno, como em Comarca próxima à Franca, na Comarca de Pedregulho, que recentemente consta ter sido criada uma comissão composta por profissionais do Ministério Público e Poder Executivo (promotor, médico e farmacêutico) para análise dos pedidos judiciais de saúde, objetivando os esclarecimentos técnicos necessários e busca de celeridade no atendimento das demandas.

O município de Franca, que compõe o presente estudo, também conta com uma “comissão de judicialização”, que será apresentada no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE FRANCA-SP

*“O brilho do sol, no lado de dentro da gente, se chama sonho”.
(Ruben Alves)*

No Brasil, os litígios em matéria de saúde que possuem mais evidência são aqueles em que o acesso é o objeto material da demanda. De um lado está o cidadão enfermo, demandando ações ou insumos de saúde contra o Estado, provedor de serviços públicos de saúde, que, por razões de ausência do serviço ou da não previsibilidade deste nas políticas públicas, deixa de oferecê-los. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 510).

Na Comarca de Franca, não diferente do restante do Brasil, observa-se o fenômeno da judicialização do direito à saúde. Assim, no presente capítulo será abordado um estudo realizado junto ao Cartório de Ofício da Fazenda Pública.

Foram 29 processos (ações judiciais de saúde) estudados e, entre eles, apenas dois envolvem requerentes das outras cidades que compõem a Comarca de Franca, ou seja, 27 ações são de residentes no município de Franca. Os dois casos estudados que não pertencem a Franca são de moradores de Cristais Paulista e Ribeirão Corrente.

3.1 A Saúde Pública na Comarca de Franca

Considerando que os recursos de saúde de Franca são maiores que os dos outros municípios que compõem a Comarca e, que o município ocupa posição de referência no atendimento em saúde da região, serão apresentados dados mais detalhados acerca do município de Franca, os quais foram obtidos através de visita realizada à Secretaria Municipal de Saúde, oportunidade em que se obteve autorização quanto ao acesso a documentos que serão explicitados no decorrer deste capítulo.

Outros dados foram obtidos através do Plano Municipal de Saúde (2018-2021), que se encontra disponível para consulta pública em página online da Secretaria Municipal de Saúde.

A descentralização em saúde⁵³ tem por objetivo contribuir para com a facilidade de acesso à saúde por parte da população. O estado está dividido em

⁵³ As normatizações federais para o processo de descentralização foram editadas e substituídas ao longo dos anos. De acordo com o Ministério da Saúde, nos anos de 1990 foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, reformulada em 2002), em 2006 o Pacto pela Saúde e, em 2011 o Decreto 7.5081. Com todo este aparato legal, nota-se a passagem de um sistema centralizado para um modelo de governos municipais, com importante ganho de autonomia no campo da saúde. No entanto, as condições para que a descentralização atenda a garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral de acordo com as necessidades e demandas da população não estão asseguradas, apresentando resultados contraditórios no território nacional. Observam-se características heterogêneas dos sistemas descentralizados de saúde, que refletem as diferentes

regiões administrativas⁵⁴, o órgão responsável pela gestão a nível estadual é a Direção Regional de Saúde (DIR) e a nível municipal a Secretaria Municipal de Saúde. O Estado de São Paulo está organizado em 24 regiões administrativas ou DIRS.

[...] o município de Franca é sede da DIR XIII, responsável pela 14ª Região Administrativa do Estado, compreendendo uma região de 22 municípios: Aramina, Buritzal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista e Sales de Oliveira. (BERTANI; SARRETA; SILVA, 2007, p. 95).

O município de Franca segundo as autoras está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema desde 1998 e os repasses de recursos financeiros ocorrem do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. A sede da Secretaria Municipal de Saúde de Franca conta com um prédio próprio e tem como objetivo, além do atendimento da população, também das cidades da região da DIR XIII “[...] garantindo os princípios do SUS e o acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde.” (BERTANI; SARRETA; SILVA, 2007, p. 95).

Conforme demonstra o Plano Municipal de Saúde (2018 - 2021) a rede básica de saúde pública de Franca é composta atualmente por 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 12 Equipes de Saúde da Família, além de unidades de atendimentos ambulatoriais e de especialidades que são o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA 16), Ambulatório de Saúde Mental Adulto, Núcleo de Atendimento à Infância e à Adolescência (NAIA), Ambulatório de Endocrinologia, Ambulatório de Geriatria, Ambulatório de Renais Crônicos, Ambulatório de Hanseníase, Ambulatório de DST/AIDS/ Hepatites, Ambulatório de Tuberculose, Ambulatório de Crianças de Alto Risco (ACAR), Ambulatório de Gestantes de Alto Risco (AGAR) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Também conta com a Casa do Diabético, Centro Oftalmológico, Consultório de Rua e uma unidade do Ambulatório Médico de Especialidades (AME), que oferece serviço ambulatorial e cirúrgico.

capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos. (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016, p. 1512).

⁵⁴ A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Os atendimentos públicos na rede hospitalar ocorrem na Santa Casa de Franca e em seu complexo hospitalar (composto pelo Hospital do Câncer e Hospital do Coração) e, no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec.

A rede também conta com o serviço de diagnóstico, no Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI); exames laboratoriais e serviços de Oxigenioterapia Domiciliar, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental. No município ainda há o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, duas Unidades de Pronto- Atendimento (UPAs) e Pronto Socorro adulto e infantil.

A prestação de contas pela Secretaria Municipal de Saúde de Franca, referente ao 1º quadrimestre de 2018, atende ao preconizado pela Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que determina que o gestor do SUS, em cada ente da Federação, deverá elaborar um relatório detalhado em relação ao quadrimestre anterior, que abranja, entre outras, informações relacionadas ao montante de recursos aplicados no período e oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada. A apresentação do relatório, segundo a legislação, deverá ocorrer até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. (BRASIL, 2012).

Os dados da prestação de contas do 1º quadrimestre de 2018 revelaram os recursos recebidos no período (janeiro a abril de 2018), que totalizaram o montante de R\$ 58.492.595,75.

Quadro 2 – Valores dos Recursos Recebidos

Fonte	Valor	Percentual
Federal	R\$ 13.344.873,48	22,81%
Estadual	R\$ 907.533,00	1,53%
Municipal	R\$ 44.240.189,27	75,63%

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base na Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2018.

Conforme o quadro nos demonstra, os recursos municipais são os de maior valor, havendo um evidente valor inferior por parte do Estado.

No documento estudado também estão discriminadas as despesas⁵⁵, e se considera pertinente a apresentação das relacionadas à média e alta complexidade⁵⁶ e, sobretudo, assistência farmacêutica:

Quadro 3 - Despesas com Média e Alta Complexidade

Empenhada	R\$ 15.581.020,33
Liquidada	R\$ 6.196.518,15
Paga	R\$ 5.432.662,86

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base na Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2018.

Quadro 4 – Despesas com Assistência Farmacêutica

Empenhada	R\$ 858.885,88
Liquidada	R\$ 425.253,51
Paga	R\$ 133.506,22

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base na Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2018.

Os quadros 3 e 4 revelam os gastos no período (Janeiro a Abril de 2018) com o atendimento das demandas de média e alta complexidade e com a Assistência Farmacêutica. Especificamente com medicamentos (consumo e distribuição) o valor apresentado é o de R\$ 1.337.702,31. Assim, comparado ao valor total das despesas (R\$ 58.492.595,75), verifica-se que somente aproximadamente 2,3 % do total de recursos em saúde foram aplicados na Assistência Farmacêutica.

Tratando-se especificamente do tema de estudos do presente, constaram também no documento consultado os valores das despesas judiciais.

⁵⁵ Os gastos foram apresentados em blocos (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS). Quanto à especificação, o documento ainda nos revela despesas com: pessoal e encargos sociais, medicamentos, materiais hospitalares, odontológicos, laboratoriais, outros materiais de consumo, outros materiais de distribuição gratuita, subvenções/auxílios, serviços de saúde – terceiros, serviços diversos e investimento.

⁵⁶ “A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar [...]. As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.” (DOBASHI, 2011, p. 7).

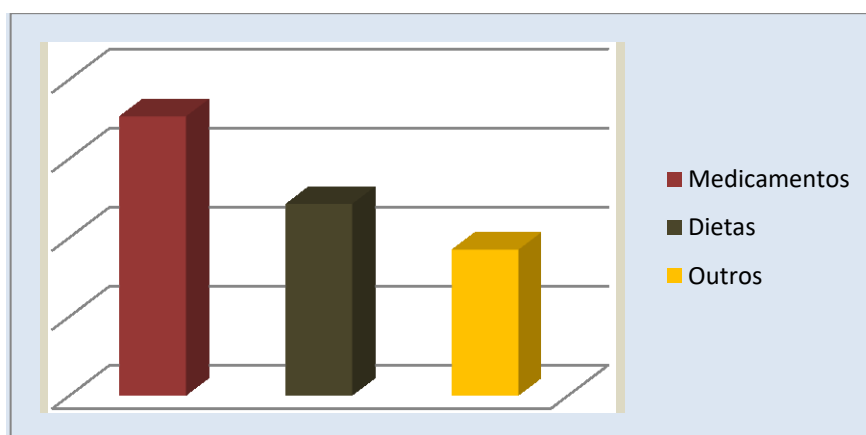
Quadro 5 – Despesas com Ações Judiciais⁵⁷

Medicamentos	R\$ 706.138,25
Dietas Alimentares	R\$ 484.483,41
Outros (materiais e serviços)	R\$ 368.691,05
Total	R\$ 1.559.312,71

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base na Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2018.

Conforme o Quadro 5 nos sinaliza, as despesas com as ações de medicamentos foram predominantes, seguidas das dietas alimentares, que são as chamadas dietas industrializadas e um valor que corresponde a aproximadamente 24% do total das despesas, apontado por “Outros” (materiais e serviços). O gráfico a seguir evidencia a diferença significativa entre os números das ações, nas diferentes solicitações.

Gráfico 1 - Despesas com Ações Judiciais



Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base na Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2018.

Através de um comparativo entre o valor total de gastos do período com a judicialização da saúde (R\$ 706.138,25) e a despesa referente à Assistência Farmacêutica liquidada (R\$ 425.253,51), tem-se como resultado um valor superior de R\$ 280.884,74 com as despesas da judicialização da saúde, no âmbito de medicamentos.

Como forma de enfrentamento do quadro da judicialização da saúde no município de Franca, através do Ofício de nº 652/16⁵⁸ (Gabinete do Secretário

⁵⁷ Importante a ressalva de que os dados ora apresentados não correspondem ao período de recorte do estudo nas ações judiciais de saúde, que como já citado está compreendido entre março de 2014 e março de 2017.

Municipal de Saúde) de 15 de dezembro de 2016⁵⁹, foi criada a “Comissão Interdisciplinar para Análises de Ações Judiciais”, sendo os seus objetivos:

- Analisar a evolução das Ações Judiciais em relação ao custo relativo referente ao atendimento das mesmas e o custo financeiro para o atendimento da população em geral;
- Propor a criação de uma comissão multidisciplinar para analisar os pedidos de ações judiciais;
- Estabelecer um fluxo constante entre o Sistema de Justiça e a Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, com o objetivo de troca de informações científicas acerca da viabilidade/necessidade do atendimento de cada pedido judicial, que deverão ser analisados individualmente pela Comissão proposta neste projeto.

Salientamos que, na ação judicial atendemos atualmente 1746 pacientes/mês e nas unidades de saúde são cerca de 54.604 consultas mensais nos ambulatorios de Atenção Básica e Especializada, além de 53.303 atendimentos mensais nos serviços de urgência e emergência, totalizando 107.907 consultas/atendimentos mensais (em média). Considerando-se os gastos médios mensais por paciente atendido nas ações judiciais e os gastos médios com medicamentos por atendimentos realizados na rede pública, temos que cada paciente de ação judicial custa, em média, R\$ 1.187,51/mês e cada paciente da rede pública, cerca de R\$ 19,86/mês. Assim sendo, cada paciente atendido na ação judicial custa, em média, cerca de 60 vezes mais ao município que o paciente atendido na rede pública. (Anexo B).

O trecho do documento consultado nos indica a superioridade dos gastos com o atendimento de solicitações judiciais, quando comparados ao atendimento das outras demandas não judiciais.

3.2 As Ações Judiciais de Saúde da Comarca de Franca

Dos 29 processos estudados, todos se configuram como ações individuais, ou seja, nenhum requerimento coletivo. Neles, observam-se as participações de médico (no caso os responsáveis pelos laudos e prescrições, indicando a morbidade e tratamentos necessários), advogados ou defensores públicos, procuradores

⁵⁸ Anexo B.

⁵⁹ Como pode ser observado, a data indicativa da criação da Comissão Interdisciplinar para Análise de Ações Judiciais corresponde ao período final do recorte do estudo realizado e, considerando que um dos critérios do recorte foi o de processos já finalizados, acredita-se que possivelmente não foram estudados processos que passaram pela Comissão, uma vez não ter sido observado nenhum indicativo durante a leitura das ações.

(estaduais e municipais), juízes, assistentes sociais (que dentro da realidade estudada são profissionais vinculados ao Poder Executivo) e promotores de justiça. Acerca dos promotores:

[...] não queremos correr o risco de desconsiderar a história, que comprova que algumas das prerrogativas do Ministério Público foram adquiridas anteriormente à Constituição de 1988. No entanto, é fato que a Constituição representou um marco ao garantir ao MP uma importância no cenário político nacional, na medida em que atribuiu a relevante função de fiscalizar o cumprimento das leis, fazendo parte de sua competência o papel de representar a sociedade, além de estabelecer que ele passasse a atuar de maneira autônoma. (CARVALHO, 2013, p. 105).

Os promotores têm então a função de defenderem os direitos individuais e coletivos, em específico ao tema em questão, o direito à saúde por parte da população, conforme constitucionalmente preconizado.

Os advogados, defensores públicos e procuradores exercem o papel de representarem as partes nas ações em seus interesses (requerente/requerido). Os assistentes sociais atuaram (na pesquisa realizada) na elaboração de estudos socioeconômicos⁶⁰, que também compõem as atribuições do profissional, conforme regulamenta a Lei 8662 de 07 de junho de 1993 que em seu artigo 4º inciso XI “[...] realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.” (BRASIL, 1993).

Os números/resultados obtidos no estudo dos 29 processos em questão foram organizados em gráficos ou quadros, de modo a facilitar a compreensão.

3.2.1 O perfil dos autores das ações judiciais

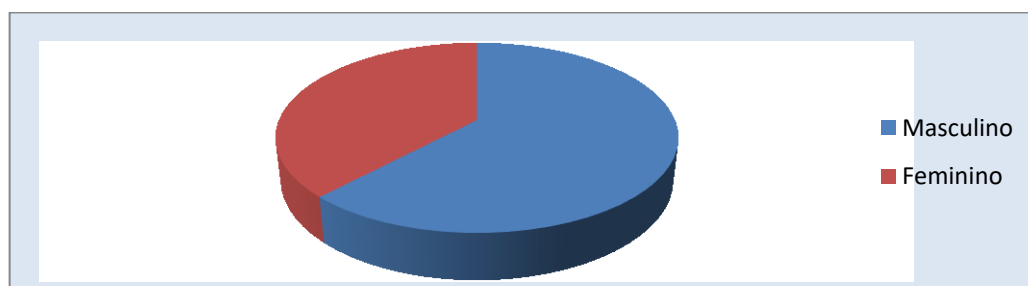
Salienta-se que em 11 processos estudados não constava o estudo socioeconômico elaborado por assistentes sociais, prejudicando assim a apresentação de algumas informações a seguir.

⁶⁰ Considerando que consta no artigo 196 da Constituição Federal (já muitas vezes ressaltado neste trabalho) “Saúde um direito de todos e dever do Estado”, é inevitável o questionamento da exigência de estudo socioeconômico nas ações. Buscou-se então o posicionamento do CFESS a respeito, todavia, não recebemos no retorno indicação de publicação específica ao assunto.

Sexo⁶¹

Os resultados apontaram para uma prevalência de pessoas identificadas nos processos como do sexo masculino, sendo que dentre os requerentes das 29 ações, constaram dezoito homens e onze mulheres.

Gráfico 2 – Sexo dos Autores das Ações



Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Vale salientar, no entanto, que segundo dados presentes no Plano Municipal de Saúde (2018 – 2021), o número de mulheres na cidade de Franca é superior ao número de homens.

A relação quantitativa entre os sexos na população total da DRS VIII indica predominância de mulheres, seguindo a tendência do Estado. Essa relação pode ser influenciada por fenômenos sociais (migrações, mercado de trabalho, organização familiar e morbimortalidade). (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA, 2018).

Ainda segundo o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, dentre o número total da população na DRS VIII, 348.608 são mulheres e 338.913 são homens.

⁶¹ Os dados obtidos no estudo realizado não nos possibilitaram analisar aspectos relacionados a questões de gênero dos autores das ações.

Idade

Quadro 6 – Faixa Etária dos Autores das Ações

Idade	Prevalência
19	2
30	1
34	1
35	1
38	1
39	1
41	2
42	1
44	2
47	1
48	1
49	4
50	2
52	1
53	1
54	1
56	2
57	2
58	1
59	1
Total	29

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

O Quadro 6 referente à faixa etária dos autores das ações, aponta para um intervalo entre 19 e 59 anos⁶², havendo maior prevalência dos 40 aos 50 anos (com 13 pessoas nessa faixa etária), que corresponde a 45% do total de ações estudadas; seguidos de nove pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos.

Conforme verificado, abaixo de 30 anos são apenas dois autores das ações, ambos com 19 anos cada um, não havendo então nenhum requerente na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

⁶² Ressalta-se que o nosso recorte, como já exposto, consiste entre 18 e 59 anos.

Composição Familiar

Os dados indicam grupos familiares não numerosos, sendo o máximo de integrantes identificado composto por quatro pessoas. Salienta-se que em um dos casos o requerente se encontrava institucionalizado (instituição de longa permanência), assim, sem manter convívio cotidiano com os familiares.

Devido à ausência dos estudos socioeconômicos em 11 processos, foi possível apenas identificar tal categoria em aproximadamente 60% das ações.

Quadro 7 - Composição Familiar

Nº de Integrantes	Prevalência
1 pessoa	1
2 pessoas	3
3 pessoas	9
4 pessoas	4
Institucionalizado	1
Não consta	11
Total	29

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Conforme pode ser observado no Quadro 7, dos 18 processos em que constava a composição familiar, houve prevalência de grupos compostos por três integrantes, o que corresponde a 50% dos casos (com tal informação) nas ações estudadas.

Os dezoito estudos socioeconômicos também revelaram a faixa etária dos integrantes dos grupos familiares em questão. Assim, três famílias contavam com a presença de crianças, cinco famílias com presença de adolescentes e apenas uma família com presença de pessoa idosa.

Quadro 8 – Presença de Crianças, Adolescentes e Idosos

Grupo	Prevalência (nº de famílias)
Crianças	3
Adolescentes	5
Idoso	1

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Renda/ Renda Familiar

Os dados referentes à renda ou renda familiar dos requerentes das ações estudadas também restaram prejudicados, decorrente à ausência do estudo socioeconômico em 11 ações. Não obstante, para a comprovação de necessidade econômica nos processos, a renda dos requerentes foi então apresentada pelo advogado/defensor público, já na petição inicial. Sendo assim, obteve o total de 22 registros com a informação sobre a renda.

Quadro 9 – Renda Familiar

Valor	Prevalência
Salário Mínimo	3
Bolsa Família ⁶³	1
R\$ 877,69	1
R\$ 1.000,00	1
R\$ 1.296,12	1
R\$ 1.448,00	2
R\$ 1.500,00	1
R\$ 1.600,00	2
R\$ 2.107,00	1
R\$ 2.215,00	1
R\$ 2.400,00	1
R\$ 2.780,00	1
R\$ 3.000,00	1
R\$ 3.248,00	1

⁶³ No caso estudado constava que o único rendimento do grupo familiar era o correspondente ao benefício de transferência de renda “Bolsa Família” e, também citado no estudo socioeconômico ser o grupo em questão dependente de auxílio com cesta básica.

Valor	Prevalência
R\$ 3.277,73	1
R\$ 4.250,00	1
R\$ 5.400,00	1
R\$ 8.600,00	1
Prejudicado	7
Total	29

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Entende-se pertinente a apresentação dos índices dos valores correspondentes ao salário mínimo de março de 2014 a março de 2017, para um comparativo quanto a proporção dos rendimentos que constaram nas ações judiciais.

Quadro 10 – Valores do Salário Mínimo de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2017.

Período	Valor
Janeiro de 2014 a Dezembro de 2014	R\$ 724,00
Janeiro de 2015 a Dezembro de 2015	R\$ 788,00
Janeiro de 2016 a Dezembro de 2016	R\$ 880,00
Janeiro de 2017 a Dezembro de 2017	R\$ 937,00

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base em dados do DIEESE (1994 - 2018).

Não é possível concluir haver somente um perfil socioeconômico presente nas ações. Todavia, utilizando, por exemplo, o índice do salário mínimo de R\$ 880,00⁶⁴, é possível observar que apenas três casos, dos 22 com tal informação constante (Quadro 9) contam com valores de rendimentos superiores a quatro salários mínimos.

Em apenas um caso o rendimento foi próximo a 10 salários mínimos, sendo este o valor maior observado nas ações estudadas. O mesmo se mostra inclusive insuficiente para custear algumas das solicitações presentes nos processos, conforme será apresentado no tópico correspondente.

⁶⁴ Optou-se por utilizar o índice do ano de 2016, por entender que poderia ser o maior presente no estudo, uma vez que o recorte ocorreu até março de 2017, com o critério de processos já encerrados.

Dentre o item “prejudicado”, ou seja, cuja informação não se encontrava presente, entende-se que também contemplaria o grupo “desempregado⁶⁵”; todavia, no caso o desemprego seria do requerente das ações, o que, no entanto, não excluiria uma possível renda de outros integrantes de seu grupo familiar.

Destaca-se ainda, constarem três casos de renda total de até um salário mínimo e, o caso de requerente que apenas contava como fonte de renda o benefício “Bolsa Família”.

Pode-se assim depreender quanto à categoria analisada, que a prevalência identificada no estudo foi a de requerentes com uma faixa salarial abaixo de quatro salários mínimos.

Ocupações

Quadro 11 - Ocupações

Profissões/Ocupações	Prevalência
Ajudante Geral	1
Aposentado por invalidez	2
Aposentado	1
Beneficiário do Auxílio Doença	4
Comerciante	1
Costureira	1
Desempregado	8
Empregada Doméstica	1
Estudante	1
Pedreiro	2
Merendeira	1
Pensionista	1
Sapateiro	1
Técnico Montador	1
Técnico em Enfermagem	1
Prejudicado	2
Total	29

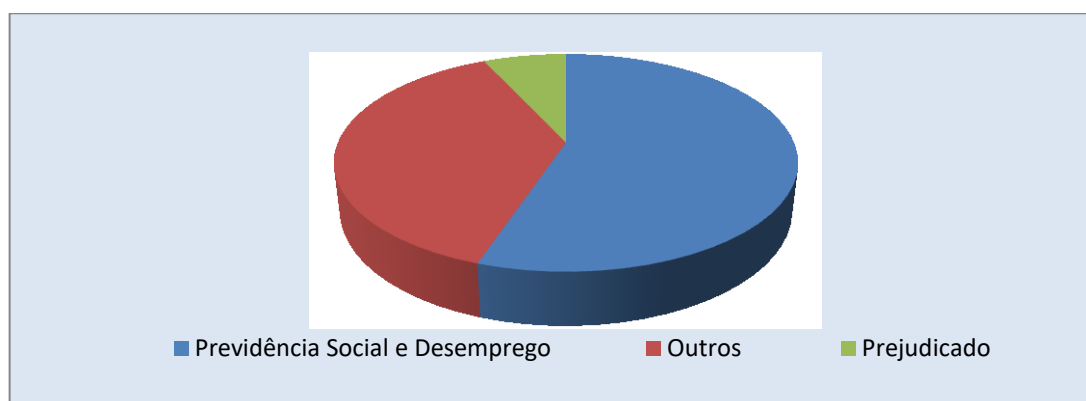
Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

⁶⁵ Será apresentado no tópico a seguir.

Os dados do quadro apontam para a hipótese de não constar a frequência em cursos superiores, ou se esta ocorreu, não estão em exercício na área de formação. Conforme pode ser observado, há prevalência de pessoas desempregadas, totalizando o número de oito casos (27%).

Outra questão que merece destaque é a de que foram identificados oito casos com rendimentos diretamente relacionados à Previdência Social (aposentadoria, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e pensionistas), que também correspondem a 27% dos casos. Pode-se então apreender que em mais de 50% das ações, há o *combo* desemprego e dependência da Previdência Social.

Gráfico 3- Ocupações



Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

3.2.2 Caracterização das solicitações

Quadro 12 - As Morbidades Presentes nas Ações Estudadas

Morbidades	Prevalência
Asma Brônquica (severa)	1
Câncer de Boca (avançado)	1
Câncer de Cólon	1
Câncer de Mama	1
Câncer de Útero	1
Câncer Renal (metástase em ossos e Pulmão)	1
Carcinoma de células hepáticas (metástase em Fêmur)	1

Morbidades	Prevalência
Coxartrose (Artrose de Quadril)	1
Debrimento de pé diabético infectado em MIE – Ferida em Halux e Diabetes Mellitus tipo II	1
Diabetes Mellitus tipo I	1
Doença Renal Crônica	1
Entorse de Distensão do Joelho	1
Insuficiência Cardíaca Crônica	1
Melanoma com metástase de fígado e Diabetes Mellitus I.	1
Miocardiopatia Hipertensiva com fibrilação atrial paroxística.	1
Neoplasia de Bexiga (com metástase óssea)	1
Neoplasia de Intestino	1
Neoplasia de Próstata Ativa e Neoplasia de Reto.	1
Neoplasia Maligna (com Metástases)	1
Osteomielite Crônica e fratura na diáfise Tíbia	1
Problemas na gestação (gravidez)	1
Sequela de AVC ⁶⁶ , Transtorno Bipolar e Incontinência Urinária.	1
Transtorno Afetivo Bipolar	2
Transtorno Depressivo e Ansiedade Generalizada	1
Transtorno Esquizofrênico Crônico	1
Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool	1
Trombose Venosa Profunda (TVP)	1
Úlcera Venosa Refratária (em membro inferior)	1

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Optou-se, na elaboração do Quadro 12, de manter individualizadas as morbidades de cada um dos 29 casos estudados. Contudo, é possível observar as que tiveram prevalência em mais de um caso, como a doença mental - “Transtorno Bipolar”, que constou em duas ações; o Diabetes Mellitus do tipo I, também com duas incidências, havendo ainda outra incidência da doença, mas como Diabetes Mellitus do tipo II.

Depreende-se do Quadro 12 a presença de câncer em cinco ações e neoplasias em quatro ações (embora com localizações da doença em diferentes

⁶⁶ Acidente Vascular Cerebral.

partes do corpo) e, carcinoma e melanoma, presentes em uma ação cada. Importante esclarecer que o “carcinoma”, “melanoma” e as neoplasias malignas⁶⁷ também são considerados câncer⁶⁸.

Os dados então nos apontam para um protagonismo ou destaque de tal morbidade (câncer) nas ações em termos de recorrência, sendo a doença em questão de grande prevalência no mundo. A seguir as estimativas do Brasil para o ano de 2018, segundo o INCA.

Tabela 1 – Estimativas de Casos de Câncer para 2018

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	140	80	40	70	70	90	20
Amapá	90	60	30	50	80	110	20
Amazonas	580	420	280	370	460	840	110
Pará	1.060	740	500	510	740	860	220
Rondônia	340	200	130	180	140	130	60
Roraima	70	50	20	30	40	40	20
Tocantins	420	180	110	130	100	230	50
Alagoas	630	560	180	230	160	320	140
Bahia	4.280	2.870	1.370	1.100	1.170	1.230	760
Ceará	2.730	2.200	940	1.140	1.320	990	480
Maranhão	1.220	720	330	410	420	1.090	130
Paraíba	1.170	880	320	370	470	370	240
Pernambuco	3.050	2.680	1.060	1.080	930	1.030	560
Piauí	950	600	280	300	210	430	130
Rio Grande do Norte	1.090	800	370	390	410	320	230
Sergipe	700	550	210	210	160	250	140
Distrito Federal	850	1.020	670	390	300	290	180
Goiás	2.210	1.670	1.150	1.020	570	580	450
Mato Grosso	1.080	680	400	420	270	340	190
Mato Grosso do Sul	1.190	830	600	470	320	280	210
Espírito Santo	1.510	1.130	730	580	460	250	410
Minas Gerais	6.730	5.360	3.160	2.570	2.170	890	1.440
Rio de Janeiro	6.950	8.050	4.690	3.140	1.660	1.340	1.700
São Paulo	14.890	16.340	12.060	7.650	4.790	1.940	3.990
Paraná	5.480	3.730	2.350	2.370	1.590	820	1.130
Rio Grande do Sul	6.210	5.110	3.180	4.360	1.350	840	1.100
Santa Catarina	2.600	2.190	1.200	1.730	930	470	590
Brasil	68.220	59.700	36.360	31.270	21.290	16.370	14.700

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2018).

⁶⁷ Nas ações judiciais de saúde estudadas, os indicativos são de todos os casos de neoplasias serem malignos.

⁶⁸ Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) “[...] o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, sendo a característica comum o crescimento desordenado das células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O acúmulo de células cancerosas também é chamado de neoplasias malignas. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele e mucosas, é chamado de carcinoma. As neoplasias podem ser benignas ou malignas.” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Através do SUS, “[...] um novo conjunto de políticas foi implementado com o intuito de estruturar a assistência ao paciente oncológico, em diversas frentes de organização.” (SILVA et al., 2017, p. 178).

A Portaria de nº 3.535/98 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998a) é a responsável pelo estabelecimento dos critérios de funcionamento dos Centros de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e como regulamentação também há a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) – Portaria nº 2.439/05 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), substituída pela Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), Portaria 874/13 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Silva et al. (2017), de 2006 a 2013 foram publicadas 38 normativas que tratam de tecnologias na área de oncologia, também relacionadas à aprovação de procedimentos, inclusão ou exclusão em tabelas e 23 normativas de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Nesse momento, havia uma pressão importante para a incorporação de novas tecnologias e para a revisão de procedimentos no SUS. Essa pressão se fazia sentir pelo governo federal, Estados e municípios, por meio da judicialização. Os medicamentos oncológicos e procedimentos em oncologia, área de alto custo e de importância epidemiológica crescente, eram percebidos como grandemente defasados. (SILVA et al., 2017, p. 185).

Assim, como apontam os autores consultados, as solicitações em judicialização da saúde também possuem relação com a busca de uma nova tecnologia, sendo que as listas de fornecimento gratuito se mostravam defasadas.

Segundo dados do site do Ministério da Saúde (2018), a assistência oncológica disponibilizada pelo SUS não se configura como assistência farmacêutica. As informações então revelam que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam e nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Deste modo, são os hospitais credenciados no SUS e habilitados na “Atenção Especializada em Oncologia” os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos. Com isso, há a liberdade na padronização, aquisição e fornecimento.

Então, após um hospital ser habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento dos medicamentos antineoplásicos pertence a ele, independente de ser público ou privado, com ou sem fins lucrativos. Contudo, há oito medicamentos para tratamento oncológico

ofertados gratuitamente pelo SUS, através de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, sendo eles: *Talidomida, L'Asparaginase, Mesilato de Imatinibe, Dasatinibe, Cloridrato de Nilotinibe, Rituximabe, Trastuzumabe e Dactinomicina* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Uma diferença entre UNACON e CACON é que este último realiza tratamento de todos os tipos de câncer e obrigatoriamente deve contar com o serviço de radioterapia. A FCCMF em seu complexo hospitalar (Hospital do Câncer) é reconhecida como serviço CACON e também oferece atendimento no âmbito da Oncologia Pediátrica.

Sobre as doenças de ordem de saúde mental, foram cinco incidências: Transtorno Afetivo Bipolar (2); Transtorno Depressivo e Ansiedade Generalizada; Transtorno Esquizofrênico Crônico e, Transtorno Mental e Comportamental devido ao álcool. Assim, em aproximadamente 20% dos casos as transtornos mentais estiveram presentes.

Como já citado anteriormente, o município de Franca oferece tratamento ambulatorial e hospitalar no âmbito da saúde mental.

O Diabetes se caracteriza como uma doença crônica e conta com três incidências nas ações estudadas. Em Franca o tratamento público do Diabetes é realizado na Casa do Diabético.

3.2.3 Natureza dos Pedidos

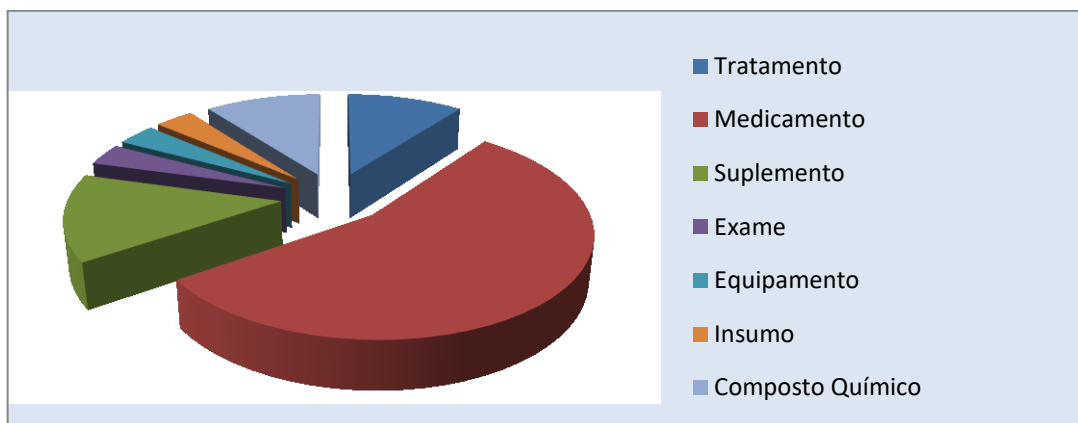
Quadro 13 – Natureza dos Pedidos

Solicitação	Prevalência
Tratamento	3 (10,3%)
Medicamento	16 (55%)
Suplemento	4 (13,8%)
Exame	1 (3,5%)
Equipamento	1 (3,5%)
Insumo	1 (3,5%)
Composto Químico	3 (10,3%)
Total	29

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações Judiciais.

Para melhor visualização, optou-se por também apresentar os resultados do tópico em um gráfico.

Gráfico 4 – Natureza dos Pedidos



Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

O gráfico 4 representa a natureza dos pedidos das ações de saúde estudadas. O item “insumo” no caso se refere a fraldas descartáveis para adultos, o item “tratamento” se refere à Oxigenioterapia em Câmara Hiperbárica e o item “composto químico” a Fosfoetanolamina Sintética.

Um dos aspectos da assistência médica que mais tem sido alvo das ações judiciais é a assistência farmacêutica, ou seja, a garantia do acesso a medicamentos não disponíveis nos serviços públicos, em razão de preços abusivos praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, padronização do uso, registro no país e comprovação científica de eficácia. (CHIEFFI; BARATA, 2009, p. 1840).

Como pode ser verificado, não há solicitação de internação ou cirurgia e, embora com uma variabilidade significativa quanto à natureza das solicitações, há a prevalência de requerimentos de medicamentos, o que corrobora com a tese de autores de um protagonismo na judicialização da saúde de pedidos de medicamentos.

3.2.4 Especificações das Solicitações em Saúde

Antes de serem apresentados os dados obtidos na categoria, entende-se relevante abordar sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

A CONITEC surgiu em 2011 e pauta a forma de incorporação de tecnologias em saúde:

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (BRASIL, 2011a).

Assim, entre as funções da CONITEC, há a atualização da RENAME, que consiste em uma lista nacional na qual estão contemplados os medicamentos considerados essenciais para necessidades prioritárias de saúde da população brasileira. É um instrumento orientador das ações de planejamento, organização da indústria farmacêutica e seleção de medicamentos.

Com relação aos medicamentos propriamente ditos, a RENAME contempla a relação daqueles que são essenciais e que devem estar disponíveis na rede pública de saúde. Não contempla, portanto, os insumos, pois estes não fazem parte de uma política pública específica, mas sim de todas as ações e serviços de saúde que são considerados essenciais para o tratamento de uma doença, apesar da previsão legal do artigo 6º, inciso VI da Lei nº8080/90. Assim, os insumos são incluídos nas ações que compelem o Poder Público a fornecer medicamentos, sob o argumento de que se configuram como parte essencial do cuidado em saúde, que por vezes demanda em conjunto a concessão de um determinado medicamento. (NAKAMURA, 2017, p. 29).

Sobre a RENAME, Sant'ana et al. (2011, p. 138) destaca como sendo “[...] um dos eixos estratégicos da PNAF, uma vez que ela é também um instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica, nos três níveis de complexidade - desde a atenção básica até o nível terciário”.

Os autores ainda apontam que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados com saúde prioritárias e que a seleção de tais medicamentos é epidemiológica, de modo a refletir necessidades coletivas e não com uma abordagem individual ou de grupos específicos.

Sendo assim é provável, uma vez considerados os critérios de seleção dos medicamentos que comporão a RENAME, que não esteja então presente na lista o necessário ao tratamento de uma doença sem relevância epidemiológica.

Na Seção II do Decreto de nº 7.508/11 (BRASIL, 2011b), sobre a RENAME, consta:

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Quadro 14 – Especificação das Solicitações em Saúde

Medicamentos/Tratamentos/Exame	Prevalência
Anastrozol 1mg	1
Bomba de infusão contínua de insulina	1
Cetuximabe 100ml	1
Diacereína/50mg; Sulfato de Glucosamina 750 mg combinado com Sulfato de Condroitina/600mg	1
Dieta Enteral via SNE hipercalórica e hiperproteica com 1.1 Kcal/Me.	1
Enoxaparina 40 mg e Utrojestan 200 mg	1
Escitalopran 15 mg; Quetiapina 25 mg e Lamotrigina 50 mg.	1
Exame de Ressonância Magnética	1

Medicamentos/Tratamentos/Exame	Prevalência
Fosfoetanolamina Sintética	3
Fraldas descartáveis	1
Glutamina e Suplemento Alimentar hipercalórico e hiperprotéico	1
Invega Sustena 100mg (Palmitato Paliperidona 100mg)	1
Naltrexona 50mg	1
Nutrem 10	1
Nutren 10 e Nutridrink Max	1
Oxigenoterapia em Câmara Hiperbárica	3
Panitumabe 400 mg	1
Quetiapina 25mg e Desvenlafaxina	1
Ritmonorm (Propafenona 300 mg)	1
Seroquel 50mg, Reconter 10mg e Topiramato 100mg.	1
Sorafenibe (Nexovar)	1
Synvisc One	1
Versa 40mg e 80 mg (Enoxaparina)	2
Xolair 150mg (Omalizumabe)	1
Total	29

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais

Salienta-se que nas duas ações estudadas que pertencem aos moradores das cidades de Ribeirão Corrente e Cristais Paulista, constavam requerimentos de saúde que também se apresentaram dentre os processos da cidade de Franca, sendo Oxigenoterapia (câmara hiperbárica) e dieta industrializada.

Os requerimentos de saúde apresentaram variedade e, assim como no quadro referente às morbidades, optou-se por manter as solicitações separadas por ações judiciais (apenas os pedidos idênticos foram agrupados). Contudo, destaca-se a recorrência do *Nutren 1.0*, *Enoxaparina* e *Quetiapina* que tiveram duas incidências cada um, conforme consta no quadro, mas que não foram agrupados, uma vez não se caracterizarem como solicitação única na ação judicial. Observou-se a incidência de três casos de Oxigenoterapia em Câmara Hiperbárica e de Fosfoetanolamina Sintética.

Dentre as solicitações há um pedido de fraldas para adultos e, embora conste um programa de fornecimento pelo município de Franca, conforme a Resolução CFT

nº 19 / 2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA, 2011), ao que parece o requerente não conta com o perfil exigido para o devido atendimento.

Quanto à Oxigenoterapia em Câmara Hiperbárica, em 2017 a CONITEC apresentou uma recomendação desfavorável à incorporação do tratamento pelo SUS, sendo os argumentos: incerteza da eficácia, procedimento estar associado a um alto custo e não entender como benéfica a ampliação deste para toda a sociedade brasileira.

A Fosfoetanolamina Sintética envolve uma situação polêmica no Brasil. Os estudos da substância são de responsabilidade do químico Gilberto Orivaldo Chierice, iniciados na década de 1990, com pesquisa realizada na Universidade de São Paulo (USP), sendo que a pesquisa ocorre no Instituto de Química da Universidade de São Carlos.

A distribuição da substância ocorreu gratuitamente durante um período, porém, a Portaria de nº IQSC 1.389/2014 (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2014) determinou a suspensão da distribuição até o seu registro pelo órgão competente, deste modo, o fornecimento ficou condicionado somente mediante a autorização judicial.

Contudo, a Lei 13.269 de 13 de abril de 2016 (BRASIL, 2016a) autorizou o uso da Fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna, mas que posteriormente foi suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF)⁶⁹.

A Enoxaparina através do Relatório da CONITEC nº 335 de Janeiro/18 teve a sua incorporação recomendada para tratamento de gestantes com Trombofilia, sendo incorporada pelo SUS através da Portaria nº 10, de 24 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018c).

Os medicamentos *Cetuximabe*, *Omalizumabe* e *Panitumabe*⁷⁰ são considerados medicamentos biológicos. Segundo a Associação da Indústria Farmacêutica e de Pesquisa (INTERFARMA, 2012) os medicamentos biológicos são produzidos através de uma biossíntese em células vivas (já os sintéticos por síntese química) e; são divididos em classes, no caso os identificados nas ações, são

⁶⁹ Situação que ainda permanecia até a conclusão do presente trabalho.

⁷⁰ O Panitumumabe é definido como o primeiro anticorpo com material 100% humano e utilizado em casos mais avançados de câncer colorretal. De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) houve abertura de consulta pública para incorporação do Cetuximabe no SUS, indicado para o tratamento do câncer colorretal metastático, mas consta não ter ocorrido a incorporação.

denominados de *anticorpos monoclonais*⁷¹. “Os anticorpos monoclonais recebem nomes complicados que terminam com o sufixo mabe (derivado do inglês – **mab**: monoclonal antibody).” (INTERFARMA, 2012).

Tais medicamentos, em decorrência à tecnologia que comportam, apresentam-se como valor elevado para aquisição.

Ainda sobre os medicamentos biológicos, tem-se o caso do *Trastuzumabe* destinado ao tratamento do Câncer de Mama, que é utilizado pela rede particular de saúde há alguns anos e, segundo um estudo apresentado pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, contribui para um aumento de 30% na sobrevida dos portadores da doença. Contudo, foi incorporado pelo SUS somente em 2017, mesmo com sua aprovação pela ANVISA ser desde 1999.

O estabelecimento de um comparativo entre as solicitações identificadas nos processos estudados e as listas dos disponíveis para distribuição gratuita restou prejudicado, por não serem questões contemporâneas (recorte dos estudos de março 2014 a março 2017 e lista obtida em página digital da Secretaria Municipal de Saúde de Franca de 2018).

O medicamento *Cetuximabe*, presente dentre os requerimentos no estudo realizado, consta na lista da RENAME de 2017⁷², com indicação para o tratamento do Câncer Colorretal Metástico, havendo inclusive a recomendação de incorporação do mesmo pela CONITEC, através do relatório de nº 181.

Em consulta a lista da RENAME de 2013, foram identificados presentes os medicamentos: *Quetiapina* 25 mg; *Lamotrigina* 50 mg e *Topiramato* 100 mg ou seja, apontando que em ocasião do requerimento estes já se encontravam na lista de medicamentos essenciais, mas mesmo assim, houve o requerimento judicial, o que então indicaria que a judicialização da saúde no município não abrange somente aquilo que não é disponibilizado gratuitamente nas listas de distribuição, mas também medicamentos que já se encontram em tais listas.

O *Cloridrato de Propafenona* - 300 mg, também consta em lista da RENAME com atualização segundo o Ministério da Saúde em junho de 2015, deste modo, não

⁷¹ “Os anticorpos produzidos naturalmente são em geral policlonais, isto porque são produzidos por vários clones de Linfócitos B. São específicos, mas possuem algum grau de heterogeneidade. Atualmente, é possível produzir anticorpos monoclonais, derivados de um único clone de linfócitos, e podem ser dirigidos a qualquer alvo molecular [...]. Os anticorpos monoclonais têm grande aplicação na oncologia, no tratamento de doenças autoimunes, para prevenir a rejeição de transplantes, como marcadores para testes diagnósticos e instrumentos de investigação científica.” (INTERFARMA, 2012, p. 12).

⁷² Última disponível no site no Ministério da Saúde antes da finalização da Tese.

fica esclarecido se o requerimento judicial teria ocorrido antes do medicamento compor a presente lista, ou depois.

Segundo o apontado por Campos Neto et al. (2012) em estudo realizado⁷³, há casos de medicamentos que não obstante comporem as listas oficiais de fornecimento pelo SUS, devido a falhas na Assistência Farmacêutica, seja por um não abastecimento ou por uma questão de logística, culminaram pela judicialização.

Assim, pode-se compreender que se tratando da judicialização, as solicitações de saúde podem já constarem em lista de distribuição, mas indisponíveis ao fornecimento por motivos diversos. Outro aspecto é quanto aos protocolos de fornecimento, pois o medicamento pode compor a lista, mas com indicação de disponibilização de uma morbidade diferente a do requerente nas ações.

Quanto ao exame de Ressonância Magnética, foi observado no estudo que a solicitação judicial objetivou a sua realização com maior brevidade (no caso pela rede pública de saúde), sendo apontado pelo requerente que ocorreram dois cancelamentos da data do exame anteriormente e, ressaltada a necessidade de urgência no mesmo para a avaliação de uma possível cirurgia cardíaca.

O medicamento *Omalizumabe*, presente nas ações estudadas e pertencente aos denominados biológicos, também não teve a sua incorporação recomendada ao SUS, para o tratamento da asma alérgica grave (através do relatório de nº 219 da CONITEC).

Sobre o Diabetes Mellitus e a judicialização da saúde, Santos et al. (2018, p. 6) (acerca de um estudo realizado), nos revela:

Em 40 (6,3%) de ações judiciais impetradas houve o pedido de fornecimento da bomba de infusão subcutânea contínua e em 48 (7,5%) ações os pedidos se restringiram aos conjuntos indispensáveis para a infusão e reservatórios para insulina que devem ser trocados com periodicidade recomendada pelo fabricante. Devido ao avançado teor tecnológico utilizado para o funcionamento de tais aparelhos os custos para a fabricação, bem como manutenção são elevados, o que impulsiona os usuários a utilizarem a via judicial como via de acesso.

A Portaria de nº 2.583/07 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) é a responsável pelo elenco de medicamentos e insumos a serem disponibilizados aos pacientes

⁷³ Título do trabalho “Médicos, Advogados e Indústria Farmacêutica na Judicialização da Saúde em Minas Gerais”.

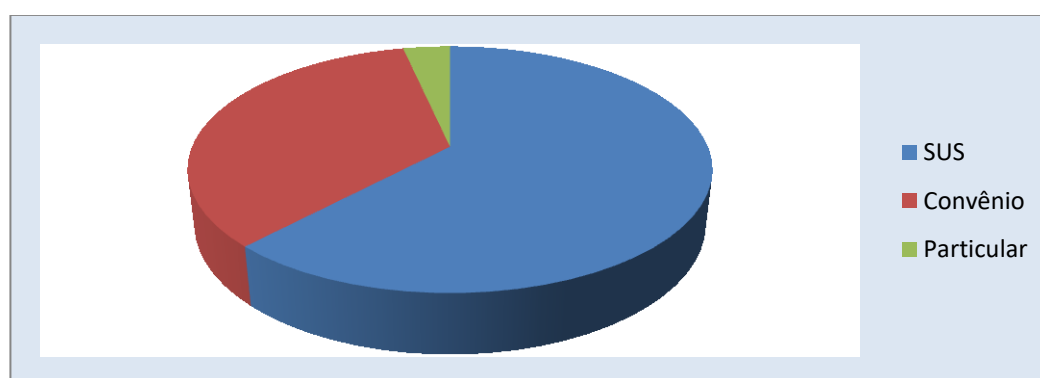
pelo SUS⁷⁴ portadores de tal morbidade. Em consulta à portaria, constata-se que não é previsto o oferecimento de equipamento, como o requerido em uma das ações estudadas (bomba de infusão contínua de insulina).

Pode-se depreender que em alguns requerimentos os medicamentos até já se encontravam disponíveis, mas outros pedidos estão alicerçados a uma tecnologia em saúde avançada.

3.2.5 Serviço de Origem da Prescrição Médica

O estudo realizado também contemplou a origem da prescrição médica - SUS, particular ou convênio médico. O resultado indicou uma predominância pelo SUS, seguido de convênio médico e apenas um caso de atendimento particular.

Gráfico 5: Serviço de Origem da Prescrição Médica



Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Os resultados indicaram a presença do SUS em 18 ações (aproximadamente 60 %); convênio médico em 10 ações (aproximadamente 35%) e uma ação com indicação de profissional de rede particular. Assim, é possível depreender a predominância de usuários do SUS dentre os requerentes nas ações estudadas.

⁷⁴ Segundo a Portaria nº 2.583, de 10 de Outubro de 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) os medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento do Diabetes Mellitus são: Glibenclâmida 5 mg (comprimido), Cloridrato de Metformina 500 mg e 850 mg comprimido; Glicazida 80 mg comprimido; Insulina Humana NPH – suspensão injetável e Insulina Humana regular suspensão injetável. Com relação aos insumos, constam seringas com agulha acoplada para a aplicação da insulina; tiras reagentes de medida de glicemia capilar, e lancetas para punção digital. Através da Portaria nº 10 de 21 de fevereiro de 2017 foi incorporada a Insulina Análoga de ação rápida para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 1 no âmbito do SUS, após recomendação da CONITEC. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

3.2.6 Custos dos Requerimentos

Os custos dos requerimentos (medicamentos, tratamentos, exames ou insumos) das ações pesquisadas se apresentaram de três formas: mensal, total ou anual. O Quadro 15 contempla tais valores, os quais foram organizados em ordem decrescente (maior valor de R\$ 50.707,88 e menor valor de R\$ 105,00).

Os valores que correspondem ao “mensal” indicam então solicitações com gastos mensais pelo requerente, por um período indeterminado. Já os valores apontados como “total”, referem-se aos casos daqueles que necessitavam de um medicamento ou exame com valor total, ou seja, algo por tempo determinado. O único caso em que o requerente apresenta um valor anual se refere ao equipamento de “bomba de infusão contínua de insulina” e, demais itens necessários ao tratamento do requerente, pelo período de um ano.

Salienta-se a existência dos três casos dos pedidos da substância Fosfoetilonamina, indicada nas ações judiciais como de distribuição gratuita.

Quadro 15 – Custos dos Requerimentos

Especificação do período de tratamento correspondente (mensal, anual ou total)	Valor
Anual	R\$ 50.707,88
Total	R\$ 24.500,00
Mensal	R\$ 16.000,00
Mensal	R\$ 13.679,38
Total	R\$ 13.120,00
Total	R\$ 6.960,00
Mensal	R\$ 5.500,00
Mensal	R\$ 4.600,00
Total	R\$ 4.574,08
Mensal	R\$ 4.169,00
Mensal	R\$ 1.755,00
Total	R\$ 1.743,96
Total	R\$ 1.300,00
Mensal	R\$ 1.164,02
Mensal	R\$ 811,35
Mensal	R\$ 754,75

Especificação do período de tratamento correspondente (mensal, anual ou total)	Valor
Mensal	R\$ 729,00
Mensal	R\$ 665,28
Mensal	R\$ 600,00
Mensal	R\$ 320,00
Mensal	R\$ 313,00
Mensal	R\$ 269,55
Mensal	R\$ 250,00 ⁷⁵
Mensal	R\$ 160,00
Mensal	R\$ 105,00

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações

A prevalência, conforme se observa, foi de pedidos com valores de tratamentos mensais (presentes em 19 processos), seguida de 6 casos para tratamentos totais e 1 caso com o valor anual.

O menor valor observado foi o de R\$ 105,00, que corresponde à solicitação de um tratamento mensal com “*Diacereína/50mg e Sulfato de Glucosamina 750 mg combinado com Sulfato de Condroitina/600mg*”. O maior valor observado foi o de R\$ 50.707,88, referente a um tratamento anual, envolvendo o equipamento “bomba de infusão contínua de insulina para Diabetes”.

Os dados demonstraram diversidade em tipos de tratamento, havendo aqueles com tempo determinado e aqueles de uso contínuo.

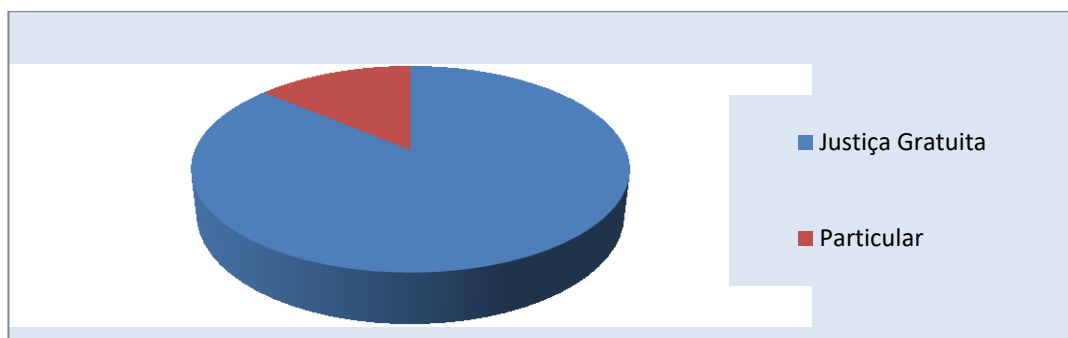
O recorte estudado ainda indicou que aproximadamente 40% das solicitações são inferiores ao maior valor do salário mínimo do período estudado. Contudo, salientam-se os resultados obtidos, já apresentados anteriormente, que apontaram os rendimentos mensais dos requerentes com prevalência de até quatro salários mínimos.

⁷⁵ O valor de R\$ 250,00 como um gasto mensal apareceu duas vezes.

3.2.7 Tipo de Representação

Quanto à representação dos autores das ações, foram identificadas 25 ações através de Justiça Gratuita e 4 ações que contavam com advogados particulares.

Gráfico 6 - Tipo de Representação



Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

Dos 29 processos estudados, 25 tiveram representação pela Justiça Gratuita, sendo que 9 casos indicaram a Defensoria Pública. Na cidade de Franca, o atendimento que oferece gratuidade ao acesso a justiça também é disponibilizado por universidades que contam com o curso de Direito. “Essa forma de propiciar o acesso à justiça desenvolveu-se em muitos países. No Brasil, a assistência judiciária gratuita é prestada por inúmeras entidades, mas, especialmente, pela Defensoria Pública.” (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

Assim, depreende-se que o cidadão requerente tem com maior frequência se utilizado da Justiça Gratuita, com destaque na Defensoria Pública.

Único país do mundo a dar tratamento constitucional para a garantia do acesso das pessoas pobres à justiça, o Brasil ainda padece de organização, de forma definitiva e concreta, da Defensoria Pública, em alguns estados brasileiros, além de manter um crônico *déficit* de, aproximadamente, 10.578 defensores públicos em todo o País, o que acarreta, em consequência, um impeditivo acesso à justiça daqueles que dependem da assistência judiciária gratuita prestada pelo Estado. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 508).

Conforme revelam os autores, o acesso à Justiça Gratuita em todo o país não é equânime, havendo também número de profissionais insuficiente para o atendimento da demanda.

3.2.8 O Acesso à Saúde via Judicial

Quadro 16 – Decisões Judiciais

Decisões	Números
Liminares Deferidas	24
Liminares não Concedidas	3
Desistentes	2

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

O Quadro 16 representa a decisão do magistrado frente ao pleito. Em relação ao acesso à saúde pela via judicial, o estudo realizado demonstrou que dos 29 casos estudados, 24 tiveram os seus pedidos judiciais deferidos, através de liminares, 2 requerentes desistiram da ação antes da decisão do juiz e 3 casos foram negados.

Os 3 casos em que houve a negação do pedido ocorreu pelo mesmo motivo. Referem-se à solicitação da substância Fosfoetanolamina, que como já apresentado, solicitada nos casos de tratamento de neoplasias ou câncer, a qual conta com situação polêmica no país. A justificativa para a negação constante na ação foi o fato da substância ainda não ser comercializada, não possuir registro na ANVISA e sem comprovação dos resultados e efeitos adversos para o tratamento da patologia; por ser uma substância ainda em estudos.

Dos 29 casos estudados, em 6 deles constou a ocorrência de óbitos dos requerentes, que corresponde a aproximadamente 20%, durante o trâmite do processo. Em uma das ações foi apontado pelo representante do requerente que o agravamento no quadro de saúde teria ocorrido como um desdobramento da suspensão do fornecimento do medicamento ora solicitado.

Destarte, o número de óbitos juntamente com o caso mencionado de agravamento no quadro de saúde totalizaram aproximadamente 22% do total de requerentes do estudo; o que se considera um número significativo, que indicaria a presença de casos graves dentre os que recorrem à justiça para acesso ao direito à saúde. Tal reflexão também tem respaldo nas morbidades encontradas no estudo, com incidência de destaque para o câncer.

A resposta do Poder Judiciário quanto a análise do pedido se mostrou célere em todas as ações estudadas, porém, há a necessidade de uma celeridade também

por parte do Poder Executivo. Compartilha-se assim da reflexão de Sant'ana et al. (2011), quanto à relevância de um acompanhamento dos casos posterior ao fornecimento das solicitações. “Ao determinar o fornecimento de medicamento financiado pelo setor público, o juiz poderia sugerir igualmente o adequado acompanhamento do usuário, colaborando para garantir o efetivo acesso à saúde e à justiça.” (SANT'ANA et al., 2011, p. 142).

Observou-se que em 2 casos foi necessário o bloqueio de verbas públicas para o atendimento da demanda (fornecimento do que preconizou a tutela deferida), por não ter sido cumprido o prazo máximo determinado pelo juiz. Também em 3 casos constou informação da parte requerente de interrupção do fornecimento do medicamento pelo Poder Executivo, ainda durante o tratamento.

Contudo, em nenhum dos casos estudados foi observada a suspensão da liminar, que concedeu o medicamento ou tratamento.

Salienta-se a relevância de serem sistematizadas e estudadas as demandas judiciais de saúde a nível regional, de modo a propiciar em relação ao serviço público de saúde o reconhecimento de suas deficiências, limitações e responsabilidades; para que assim sejam realizadas ações estruturais necessárias, que contribuam com a redução da judicialização da saúde, nos sentido de que as demandas venham a ser atendidas administrativamente.

CAPÍTULO 4 O CONTEXTO DA SAÚDE EM PORTUGAL

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

Neste capítulo serão abordados os resultados da pesquisa realizada em Portugal, que apresentou expressiva amplitude e profundidade nos dados obtidos. Entretanto, no limite do objeto de estudo da pesquisa, em consonância com os seus objetivos, utilizou-se o que estava relacionado ao eixo temático investigado. Posteriormente, outros dados também relevantes que foram obtidos e, que contribuíram para uma melhor compreensão sobre os serviços de saúde em Portugal e o trabalho do assistente social nesta área serão organizados em artigo para publicação em periódico científico.

4.1 O Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Os dados do Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2013 revelavam que Portugal, país situado entre os de desenvolvimento humano muito elevado, registrava um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de US\$ 21.317, enquanto que o Brasil, situado entre aqueles de desenvolvimento humano elevado, apresentava um PIB per capita de US\$ 10.278. O PNUD (2013) classificava Portugal na 43ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entre os 186 países, com 0,816 e o Brasil ocupava a 85ª posição, com o IDH de 0,730. (VALDUGA; CALMON; SANTOS, 2017, p. 33).

Asensi (2013b) revela que a configuração da saúde como um direito em Portugal tem congruências e divergências em relação aos pressupostos do direito à saúde no Brasil.

A literatura sobre saúde em Portugal salienta que na década de 40 do século XX foram constituídas as primeiras perspectivas de direito à saúde em Portugal. Trata-se de um período denominado por Graça Carapinheiro e Paula Page (2002) como *edificação estrutural dispersa*. Nesta década, segundo as autoras, foram solidificadas as bases do “movimento de saúde pública” no país. Porém, deve-se ressaltar que este movimento não guarda relação direta com o “movimento de reforma sanitária” brasileiro. Isto porque o movimento português ocorreu por influência - e, em alguns casos, determinação - de instituições internacionais, notadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, por sua vez, podemos conceber o movimento como uma reunião de intelectuais, estudantes, sanitaristas e outros com o objetivo de construir um modelo de saúde pública nacional, com foco na ampliação da cidadania em saúde e na democratização radical do sistema. (ASENSI, 2013b, p.168, grifo do autor).

Em Portugal o movimento para uma saúde pública conta como destaque as instituições internacionais⁷⁶, ao contrário do Brasil, que como se observa no primeiro

⁷⁶ “As bases internacionais deste movimento remontam a 17.01.1912, ocasião em que se realizou,

capítulo, tem em seu histórico um protagonismo do Movimento da Reforma Sanitária. As bases do sistema de saúde português foram consolidadas na década de 1940, com influência da OMS. (ASENSI, 2013b).

Segundo Bravo (2010), assim como no Brasil, Portugal garante a universalidade da saúde no processo de redemocratização vivenciado pelo país e presente em Constituição aprovada por um Estado democrático e de direito.

A reestruturação do sistema de saúde em Portugal decorre da Constituição democrática de 1976 convocada após o processo revolucionário de 1974, conhecido como Revolução dos Cravos, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que garante a gratuidade do serviço. (BRAVO, 2010, p. 206).

Todavia, para Asensi (2013b), o status normativo da saúde em Portugal está mais relacionado à Declaração dos Direitos Humanos da ONU (ao conceito de saúde), do que com a Constituição.

Através da Constituição da República Portuguesa (CRP), no ano de 1976 e em seu artigo 64º é então abordado o tema saúde “Todos tem direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. Também já previsto de que seria criado um serviço nacional de saúde “universal, geral e gratuito”. A CRP também indica como incumbência prioritária do Estado de “[...] garantir o acesso de todos os cidadãos independentemente de sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e reabilitação.” (PORTUGAL, 1976).

O SNS completa em 2018 o seu 39º aniversário e foi instituído pela Lei nº 56/79 de 15 de setembro (PORTUGAL, 1979). Através desta, entre outras questões, estabeleceu-se uma rede de instituições e serviços “[...] prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção e saúde.” (PORTUGAL, 2017).

Na Lei citada, há em seu artigo 1º (o qual trata das disposições gerais): “É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção à saúde, nos termos da Constituição.” (PORTUGAL, 1979). Assim, a legislação prevê a prestação de cuidados globais de saúde a toda população.

em Paris, uma Convenção Sanitária que daria origem à Convenção Sanitária Internacional, cuja Carta de Confirmação viria a ser assinada na mesma cidade em 21.06.1926. No caso português, esta Convenção foi integralmente publicada no ano de 1942, isto é, justamente na década da edificação estrutural dispersa do sistema de saúde do país.” (ASENSI, 2013b, p. 168).

Anterior à criação do SNS, referente aos séculos XIX e XX, a assistência médica em Portugal era de competência “[...] das famílias, das instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência.” (PORTUGAL, 2017).

Embora o artigo 4º da Lei nº 56/79 de 15 de setembro (PORTUGAL, 1979) aponte para a garantia de acesso a todos os cidadãos, independente de sua condição econômica, destaca-se o que consta a seguir no artigo 6º, ou seja, a garantia do atendimento está condicionada a fatores, dentre os quais, disponibilidade financeira, que recorda o que foi apresentado referente ao Brasil, no capítulo 2, sobre o “Princípio da Reserva do Possível”. “A garantia consagrada no artigo 4º compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e **financeiros disponíveis.**” (PORTUGAL, 1979, grifo nosso).

No que se refere à articulação do SNS com o setor privado, entende-se importante mencionar o artigo 52º da legislação em questão: “O SNS articula-se com a existência e funcionamento de instituições não oficiais e formas de actividade privada no âmbito do setor de saúde, sujeitas à disciplina e *controle*, nos termos da Constituição.” (PORTUGAL, 1979, grifo do autor)

Após a aprovação da CRP em 1976, no tocante à saúde, as modificações no texto original ocorreram nas duas primeiras revisões constitucionais. No ano de 1982, sendo acrescentada a gestão descentralizada e participada no SNS e na revisão de 1989, quando o SNS passa de gratuito para tendencialmente gratuito.

Assim, através da 2ª revisão constitucional portuguesa, em 1989, ocorre a alteração no artigo 64º, com a previsão de que a proteção da saúde no país seria então realizada “Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. (PORTUGAL, 2005).

Em 1990, com a aprovação da Lei nº 48/90 de 24 de agosto “Lei de Bases da Saúde” (PORTUGAL, 1990) a saúde deixou de ser somente um direito, mas também responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado.

Já no ano de 1986, através do Decreto Lei nº 57/86, de 20 de março (PORTUGAL, 1986), são regulamentadas as condições do direito ao acesso à saúde, inclusive a previsão de pagamento de taxas moderadoras, conforme será apresentado a seguir:

Regulamenta as condições do exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O diploma visa estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Salvaguarda ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. Prevê ainda taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável. (PORTUGAL, 2017).

A Constituição da República Portuguesa (PORTUGAL, 2005) em seu Artigo 64.^{o77}, aborda a temática saúde como:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, **tendencialmente gratuito**;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
 - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada. (PORTUGAL, 2005, grifo nosso)

No artigo 64º da CRP é possível observar que o “modelo racionalizador e governamental se encontra presente e, inclusive, restringiu a própria possibilidade de o cidadão conceber o seu direito como um dever do Estado” (ASENSI, 2013b, p.

⁷⁷ Citação obtida junto à legislação correspondente a VII Revisão Constitucional (ano de 2005), mas esclarecendo que a Constituição da República Portuguesa data do ano de 1976, como já exposto.

179). A questão também tem como influência as revisões sofridas pela CRP no decorrer dos anos.

Outro aspecto que também chama a atenção é o artigo 7º da Lei 56/79: “O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações” (PORTUGAL, 1979). São então medidas que buscam regular o uso dos serviços.

Sobre as taxas moderadoras, Bravo (2010) nos revela que em Portugal foi uma alteração ocorrida no final dos anos 1980, mediante reforma constitucional (já citada anteriormente), que então altera a Constituição para o “tendencialmente gratuito”.

A política de taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e de comparticipação de medicamentos, aliada a restrições no acesso a cuidados de saúde prestados pelo SNS (devido, por exemplo, aos tempos de espera ou à não cobertura/ não prestação pelo SNS), faz com que Portugal esteja entre os países da OCDE que apresentam uma maior percentagem de despesa das famílias com a saúde, em função do rendimento familiar disponível. Para além disso, Portugal tem, de acordo com os dados mais recentes disponíveis, uma despesa pública em saúde abaixo da média da OCDE, qualquer que seja o indicador utilizado — gastos em saúde per capita, despesa do estado em saúde em percentagem do PIB, percentagem da despesa em saúde na despesa total. (CRISÓSTOMO, 2016, p. 45).

Quanto à questão da gratuidade a autora ainda destaca que:

[...] a questão principal é saber se o direito à proteção da saúde é posto em causa, ou não, em face da evidência empírica mais recente sobre o efeito de taxas moderadoras e copagamentos, e também da crise no acesso a cuidados de saúde e nos resultados em saúde obtidos. (CRISÓSTOMO, 2016, p. 46).

E, quanto ao princípio da universalidade do direito à saúde em Portugal, Crisóstomo (2016, p. 46) revela que foi plenamente alcançado e pode ser entendido como “[...] todos os cidadãos portugueses podem recorrer a ele.” Porém, quanto ao “[...] princípio de generalidade ainda se encontra por cumprir em muitas áreas de prestação de cuidados de saúde.”

Sobre a previsão do copagamento dos serviços de saúde, as exceções contemplam os grupos considerados mais vulneráveis (crianças e idosos), pensionistas, pessoas de baixo rendimento e situações de doenças crônicas ou graves.

O acesso às prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde implica o pagamento de taxas moderadoras nos casos de realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, nos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde e, nas consultas. (PORTUGAL, 2003).

Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS), correspondente, em 2014, a € 628,83. (PORTUGAL, 2017).

Segundo Novais (2010, p. 242 apud CRISÓSTOMO, 2016, p. 45), “[...] geral significa abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicos, traduzindo a necessidade de integração ou de garantia de prestação de todos os serviços e cuidados de saúde.”

Na prática, ainda hoje e apesar das melhorias observadas ao longo do tempo, vários tipos de cuidados de saúde não são abrangidos pelo SNS (por exemplo, as terapêuticas não convencionais) ou, quando abrangidos pelo SNS, não cobrem uma proporção relevante das necessidades dos cidadãos (por exemplo, cuidados de saúde oral, consultas de psicologia, cuidados paliativos). (CRISÓSTOMO, 2016, p. 45).

Em 2004, através do Decreto-Lei de nº 90/2004 (PORTUGAL, 2004), foi estabelecido o regime de comparticipação de medicamentos. Sobre a questão, consta em dados obtidos na página oficial do SNS que por parte do Estado ocorre através de quatro escalões, os quais contemplam 90%, 69%, 37% e 15%. O regime ainda prevê comparticipações em função de beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de usuários.

A variação dos mesmos está relacionada às indicações terapêuticas, sua utilização e o consumo para doentes portadores de certas morbididades. A título de exemplo, dentro do escalão que contempla 90% estão “Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas; medicamentos usados em afecções oculares e medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores”. (PORTUGAL, 2017).

As mudanças na CRP no que concerne à saúde atribuem ao Estado a não responsabilidade de promoção da saúde, mas que este poderá então celebrar

acordos com entidades privadas assim como o apoio e fiscalização a estas nas atividades na área de saúde (CRISÓSTOMO, 2016).

Tratando-se de um comparativo entre o Brasil e Portugal, Bravo (2010) sinaliza que as modificações e alterações ao Projeto de Saúde democrática “[...] começam a ocorrer nos dois países a partir dos anos 1990, com influência das agências internacionais que indicam a necessidade de contrarreforma do Estado e a política de ajuste.” (BRAVO, 2010, p. 206).

O peso da despesa privada em saúde, em Portugal, associado a um risco elevado de pobreza ou exclusão social, tem implicações no acesso a cuidados de saúde e agrava as desigualdades entre cidadãos de maior e menor rendimento (OPSS, 2016). Cabendo ao estado “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, importa, pois, em cada momento e, em particular numa situação de crise (social, económica e financeira), reanalisar os limites do princípio da tendencial gratuitidade, reinterpretando-os face ao contexto em presença, e equacionar as medidas de política pública de financiamento da saúde, que garantam um sentido constitucionalmente adequado de tendencial gratuitidade, tendo em consideração os resultados em saúde obtidos versus pretendidos. (CRISÓSTOMO, 2016, p. 45-46).

Segundo a autora, um dos direitos portugueses mais atacados pelos grandes grupos económicos é o direito à saúde; e, as principais alterações no Sistema Nacional de Saúde, iniciadas na década de 1990, segundo Bravo (2010, p. 207) são:

[...] responsabilidade conjunta pela saúde, ou seja, dos cidadãos, da sociedade e do Estado (antes era principalmente do Estado); criação de seguro-saúde; estabelecimento de taxas moderadoras a serem cobradas pelo SNS e a flexibilização da gestão dos serviços podendo ser desenvolvida por meio de convênios e cooperativas médicas através de prestação de serviços privados no setor público.

A economia portuguesa embora tenha vivenciado ao longo de últimas décadas ciclos de significativo crescimento, já no início do novo século teve este drasticamente reduzido.

Os efeitos da crise socioeconômica surgiram em Portugal a partir de 2008 e com esta houve um grande crescimento no nível de desemprego “[...] mas nesse quadro revela-se fortemente preocupante a situação do desemprego jovem que, em Portugal, acende a 34,1% em 2012.” (SANTOS, 2014, p. 2).

Com a crise que atravessamos muitas famílias ficaram muito pobres e aí até se viu algumas diferenças, houve aqui assim algumas situações que não estávamos tão habituadas. Portanto, habitualmente estavam as famílias sempre muito ocupadas, nesta cidade de Lisboa, muito ocupadas, com

indisponibilidade por razões de trabalho e houve uma fase aí em que isso não aconteceu porque muita gente ficou desempregada. (AS 6).

Segundo Santos (2014), foi observado um aumento da taxa de risco de pobreza em 2012 (18,7%), atingindo então aproximadamente dois milhões de portugueses, considerada a taxa mais elevada, quando comparada ao ano de 2005, ocasião em que o risco de pobreza teria atingido o correspondente a 19% da população de Portugal. No mesmo ano, os portugueses que se encontravam no limiar do risco de pobreza “[...] viviam com uma média de 400 euros por mês. Acresce que, a taxa de risco de pobreza tem uma maior incidência em famílias com crianças dependentes, subindo para 22,2% em 2012, valor superior aos 20,5% de 2011.” (SANTOS, 2014, p. 71).

4.2 O contexto da saúde em Lisboa e Região

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa realizada junto aos assistentes sociais dos seis hospitais que compõem o estudo no exterior, os quais, visando à preservação do sigilo proposto no presente trabalho, serão identificados como: AS1, AS2, AS3, AS4, AS5 e AS6.

Salienta-se que foi preservada nas falas das profissionais a ortografia utilizada em Portugal.

4.2.1 O perfil dos pacientes atendidos pelo Serviço Social

Faixa Etária

Sobre o perfil da população atendida pelo Serviço Social nas seis instituições pesquisadas, os apontamentos dos entrevistados indicaram como faixa etária mais comum a de idosos. Não obstante, também constam nos relatos, dentre o perfil de atendimento, a presença de adultos jovens:

Quando passa para uma cirurgia cardiotorácica, que é aquela que eu tenho neste momento, eu já apanhei pessoas com 20/30 anos até pessoas com 80 e muitos anos [...] mas a maioria, efetivamente, é a população de Lisboa. A população de Lisboa está envelhecida. (AS 3).

São os grandes idosos, não quer dizer que não tenha gente mais nova, com quarenta ou cinquenta anos, mas a grande maioria é dos setenta aos cem

anos. (AS 1).

Se pensarmos, por exemplo, na medicina, a faixa etária, eu diria que anda sensivelmente dos 60 aos 90/100. Sim, já tive cá utentes⁷⁸ de 104 anos. Agora, há outras especialidades. Por exemplo, estamos na medicina física e reabilitação, recebemos doentes de todo o país e, portanto, temos aqui às vezes jovens de 18/20 anos até aos oitentas. Temos também, portanto, utentes que fazem transplantes de fígado e de rim, também a mesma coisa. Portanto, também são utentes, alguns muito jovens, sempre adultos, jovens adultos até também sessentas/setentas anos, isto nos transplantes hepáticos e renais. Depois pensamos, por exemplo, na infeciologia, a faixa etária é basicamente jovens adultos. Eu diria, arriscava-me a dizer aí, sei lá, dos dezoito aos cinquenta/sessenta. Ortopedia também é muito variável, mas, aí também é mais adultos, eu diria se calhar a partir de mais acentuado dos cinquenta aos oitenta/noventa. (AS 6).

Sobre a faixa etária a profissional AS 5 aponta para uma realidade atual em Portugal, que é o envelhecimento da população, ou seja, um aumento na expectativa de vida, o que consequentemente também corrobora para com o aumento nas doenças crônicas.

De qualquer maneira, a nossa população, a população dentro do Serviço Social é, maioritariamente, o reflexo da nossa população já em termos de saúde e em termos hospitalar. É uma população envelhecida, maioritariamente. Nós temos de facto... e cada vez é mais notória essa situação. Pronto, em termos demográficos isso acompanha aquilo que de alguma maneira já era previsível. Há um envelhecimento crescente da população associado a doenças crônicas. Temos de facto depois uma medicina que está altamente desenvolvida e, portanto, cada vez mais a mortalidade deixou de ser, enfim... é diminuta, não é? (AS 5).

Dados apontam que Portugal está entre os cinco países da Europa onde “[...] a esperança média de vida para as mulheres em 2030 poderá chegar perto dos 90 anos — 87,5 mais especificamente [...]. De acordo com as últimas avaliações, os portugueses já estavam a viver uma média de 81,1 anos.” (FRANÇA, 2017).

Condição Socioeconômica

Os idosos, regra geral, são todos reformados⁷⁹. Pontualmente encontramos pessoas que ainda estão no fim da vida ativa, que habitualmente têm direito ao seu subsídio de doença ou já a um subsídio de desemprego... regra geral. Depois temos, na área da infecciologia, até dos transplantes hepáticos que estão muito ligados ao alcoolismo, o transplante hepático muitas vezes vem a rasto desses problemas de álcool e de consumos de drogas e aí eu diria que aparece frequentemente pessoas sem qualquer amparo familiar e sem rendimento, até sem abrigos. (AS 6).

⁷⁸ Termo utilizado em Portugal que significa usuário dos serviços, no caso, do SNS.

⁷⁹ As reformas são as aposentadorias.

O apontamento da profissional AS 6 revela a existência de pessoas que passam pelo serviço de saúde, que se encontram, inclusive, em situação de rua e sem apoio familiar. E a questão do alcoolismo esteve presente em mais de um relato.

[...] temos muito o problema... problema evidentemente que é do alcoolismo e das consequências que o alcoolismo tem, quer na situação de doença, quer na destruição da vida das pessoas e, portanto, nós temos... portanto, já são pessoas muitas vezes já não têm abrigo, são sem abrigo, pronto. (AS 4).

As rendas decorrentes às reformas constam não serem de valores mais elevados, como aponta a profissional a seguir.

[...] são pensões mínimas, dos 300... O comum é um doente ter este perfil... [...] Já têm a sua pensão por velhice mas que, como também nunca descontaram muito, e tinham profissões evidentemente sem formação académica e tudo, pronto. São pensões muito baixas. Ou então se tem entre os quarentas/cinquentas normalmente com o rendimento social de inserção⁸⁰ que é uma medida, já ouviu com certeza falar, que é para doentes que não têm rendimento e, portanto, que estão numa situação muito precária a nível social [...]. (AS 4).

O Rendimento Social de Inserção (RSI), mencionado na fala de AS 4 “[...] é uma Política Pública que se apresenta sob duas formas, as transferências monetárias para os beneficiários e o desenvolvimento de programas que visem a inserção social e profissional.” (SANTOS, 2014, p. 1). Todavia, segundo a autora, dentro do contexto da crise económico-social que atingiu Portugal nos últimos anos, a discussão relativamente a tal programa parece ter se intensificado, através de debates quanto a eficiência dos recursos e da despesa do Estado, especificamente ao Orçamento da Segurança Social.

É preciso ver que nós temos também aqui algumas franjas da população que são de facto muito vulneráveis e falo sobretudo daqueles... enfim, população sem abrigo, não dispõem ou que dispõem mesmo da ausência de recursos económicos, que não têm qualquer fonte de rendimento enfim,

⁸⁰ “O Rendimento Social de Inserção tem na sua génese providenciar o desenvolvimento de condições de autonomia económica e social a famílias que temporariamente careçam de um rendimento mínimo de subsistência. Assim, de acordo com o Decreto-Lei n.º 283/2003, de 8 de Novembro, os objectivos fundamentais são ‘reforçar a natureza social e promover efectivamente a inclusão dos mais carenciados, privilegiando a inserção’ social e profissional de pessoas ou famílias que se encontrem numa situação de carência económica grave.” (SANTOS, 2014, p. 1).

dir-lhe-ei que muitas vezes, parte muitas das vezes, desse tipo de população [...] obviamente que uma grande percentagem das pessoas que recorrem a nós são pessoas que se encontram com alguma fragilidade do ponto de vista socioeconómico e, sendo pessoas envelhecidas, obviamente a sua fonte de rendimento são pensões que são por norma mínimas ou baixas porque é preciso ver que a nossa Segurança Social portuguesa também não tem assim tantos anos. Nós somos um país com, enfim, temos alguns anos já de pensões, mas a pensão em si é algo que foi desenvolvida nos anos 70, portanto, as pessoas descontaram, muitas não descontaram, têm pensões chamadas pensões sociais, não tiveram carreira contributiva sequer, porque isso não existia e, portanto, hoje em dia (ou se descontaram, descontaram pouco) e, portanto, nós temos uma grande parte da população tem pensões diminutas. (AS 5).

A profissional destaca que a situação económica da população atendida, em sua maioria, indica recursos económicos insuficientes. Acrescenta que os valores das pensões são baixos, sendo um dos fatores a questão das contribuições, que para os casos em que esta ocorreu, foi insuficiente para assegurar uma pensão com valor satisfatório.

Portugal tem vindo a atravessar um período conturbado e de crise financeira aguda, que se desenvolveu no contexto da crise global de 2007-2008 e, como tal, da crise da dívida pública da Zona Euro que tem o seu início em 2009, e que afectou particularmente os países mediterrânicos europeus. Durante este período verificou-se que as desigualdades sociais aumentaram significativamente, a taxa de desemprego subiu e os salários diminuíram, assim como existiu um aumento da carga fiscal. (SANTOS, 2014, p. 71).

Portugal ainda vivencia reflexos da crise, a qual acarretou perdas no que concerne à capacidade económica da população, sobretudo a classe média, conforme se observa no relato a seguir, com ampliação no perfil da demanda que recorre ao atendimento junto ao Serviço Social.

Nós temos uma classe média que foi altamente atingida por esta situação de crise, de recessão, com uma série de fenómenos de emprego [...]. Portanto, houve, de facto, a dependência bancária, dos empréstimos, tudo isso abalou os agregados familiares e temos sentido nos últimos anos que as pessoas de facto [...]. Portanto, uma população que, há uns anos atrás, não era seguramente ou não teria necessidade, recorre a nós em reflexo de todas estas consequências desta crise que deixou marcas profundas em famílias. Pronto, é uma outra dimensão, mas curiosamente temos sentido. (AS 5).

[...] o problema não se coloca pelo doente em si, mas pelos familiares. Que aí sim encontramos o desemprego, encontramos a desestruturação familiar, e outros obstáculos, uns que têm trabalhos precários e também não podem ter todo por exemplo disponibilizar um tempo para cuidar do seu idoso, a questão, o problema a que se coloca pela precariedade económica das pessoas e trabalhos precários também [...]. (AS 1).

Os dados obtidos nas entrevistas apontaram para a prevalência de população envelhecida e com rendimentos insuficientes ou até mesmo inexistentes. Mas não foi possível a definição de um perfil de usuários passível de generalização, por haver variações na questão.

Condição Habitacional e Contexto Familiar

[...] há muita gente em aluguer de casas muito antigas que é também difícil até às vezes a acessibilidade. Temos aqui uma zona, centro mesmo de Lisboa, na baixa velha, há muitas situações de casas sem o mínimo de condições, algumas ainda sem saneamento. (AS 6).

Conforme pode ser observado no relato, a profissional revela a existência de uma precariedade na condição habitacional da população atendida e também pessoas que residem sozinhas.

[...] a nossa população é basicamente de Lisboa atualmente, há muitos isolados, muitos isolados. Isolados digo quando uma pessoa sozinha mesmo viúva e sem filhos ou sem relação familiar. Também há muitos solteiros e há muitos casais, ainda que tenham filhos habitualmente vivem longe, emigrados. Acontece muito a população muito isolada. (AS 6).

Numa medicina é muito este o perfil em que há algum isolamento porque se têm filhos, os filhos estão fora, já com viuvez também [...] ou da parte masculina, ou da parte feminina. (AS 3).

Os depoimentos indicaram ainda para grupos familiares pequenos, pessoas sem filhos ou com filhos distantes. Uma questão relevante que consta no relato a seguir é a observação de um decréscimo no número de filhos nas últimas décadas. Os indicativos são então de insuficiente suporte familiar, observado pelos profissionais dentre os usuários atendidos.

Depois, ao nível dos filhos... Pronto, a descendência no nosso país tem vindo, quando se vai fazer uma análise da demografia, percebe-se que nós, portanto, nos anos 50, obviamente que tem havido um decréscimo ao nível do número de filhos. Portanto, nós tínhamos populações (anos 50, anos 40)... obviamente isto tudo derivado provavelmente da questão do planeamento familiar, obviamente que sim, mas eram famílias numerosas, eram famílias...Portanto, nós temos essa tradição. Tínhamos famílias com muitos filhos, agora não, quer dizer, nós temos vindo a notar que, de facto, a família é muito nuclear ou tem um, dois, três filhos no máximo. (AS 5).

As falas revelam utentes em situação de rua e decréscimo na natalidade em Portugal, o que então contribui para grupos familiares cada vez menos numerosos. Também, casos de viuvez e de pessoas solteiras.

As migrações podem ser um indício de busca de melhores oportunidades de trabalho.

4.2.2 Caminhos para o acesso à saúde

As solicitações que se apresentaram em comum aos profissionais estão relacionadas ao acesso a medicamentos.

Assim, tratando-se da categoria em questão, “caminhos para o acesso à saúde”, em específico aos medicamentos, foram apontados como recursos existentes a Farmácia Hospitalar, Fundo de Maneio, Ação Social e no caso de Lisboa, a Santa Casa de Misericórdia.

Nós o que fazemos é encaminhar para os serviços da comunidade e quando eu digo serviços da comunidade, para as entidades de ação social que acabam por estar com essa alçada, portanto, estamos a falar, por exemplo, em Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia, é quem de facto tem a alçada da Ação Social, na cidade de Lisboa. Fora da cidade, já para os concelhos, a alçada é da Segurança Social. Portanto, são entidades que tutelam, digamos assim, a ação social e obviamente o nosso trabalho aí é fazer o encaminhamento para essas entidades, obviamente falando com os nossos interlocutores, com os nossos colegas [...]. (AS 5).

No trecho acima fica evidenciado o papel do assistente social quanto ao encaminhamento dos utentes aos recursos existentes.

Fundo de Maneio

O Fundo de Maneio foi mencionado em cinco das seis entrevistas realizadas e, conforme os relatos, o mesmo tem um valor entre 200 a 400 euros mensais, aproximadamente. Este consiste em uma verba mensalmente destinada ao Serviço Social hospitalar, para ser utilizada no atendimento dos casos que requerem um auxílio imediato, ou seja, nas demandas urgentes, até que ocorra uma resposta por parte dos outros recursos disponíveis.

Contudo, considerando ser este um valor previamente determinado, observa-se que caso haja a necessidade de atendimento de uma demanda com um valor que

então ultrapasse o disponibilizado ao setor, não é resolvido pela equipe, como aponta a profissional.

[...] é feito previamente o estudo socioeconómico, que justifique o apoio económico para a aquisição do apoio medicamentoso, nessa altura portanto, tentamos que, portanto, na comunidade apoiem, portanto, através da Segurança Social, da ação social na impossibilidade de se garantir esse apoio, nós hospital garantimos. (AS 1).

O Fundo de Maneio consiste em uma ação de carácter excepcional e, com incapacidade para o atendimento de valores mais elevados.

Nós, Serviço Social, temos um fundo de maneio, um fundo de maneio muito pequenino, para ter uma ideia... É cerca de 5 000 euros por ano [...]. (AS 6).

E, portanto, é um bocadinho assim. Nós, sempre que possível, e sempre que recorrem a nós com uma situação de incapacidade, podemos pontualmente, nós temos um fundo de maneio, o hospital atribui-nos um fundo de maneio que possibilita que, se virmos que é uma situação que tem de ter resolução imediata e que não é compatível com o atendimento que pode ter ainda algum tempo de espera nos serviços da comunidade e se realmente reconhecermos essa necessidade, obviamente com a equipa médica, podemos resolver momentaneamente a situação e se não for valores obviamente exorbitantes, podemos tentar resolver internamente através desse fundo de maneio que dispomos para vários efeitos, nomeadamente também para a concessão de medicação devidamente justificado, comprovado, etc., e podemos adquirir momentaneamente essa medicação para que o utente possa ter acesso logo a ela, pelo menos numa primeira toma. (AS 5).

[...] é entregue ao serviço social uma quantia, muito pouca. Duzentos euros por mês. (AS 4).

Salienta-se que as falas obtidas indicaram que o Fundo de Maneio é uma verba atribuída pelo conselho de administração hospitalar. No caso, os utentes são encaminhados para a farmácia da comunidade para a retirada do medicamento, sendo então o pagamento efetuado com o fundo mencionado.

[...] eu passo aquela guia, dou ao doente e ele vai à farmácia com quem temos acordo, temos uma farmácia com acordo lá fora, o doente vai lá, levanta a medicação e depois eu vou pagar com esse tal fundo de maneio que o conselho de administração nos atribuiu. (AS 3).

Para que ocorra o atendimento do utente pelo Fundo de Maneio, é realizada uma avaliação por parte dos assistentes sociais dos hospitais. Geralmente, há o fornecimento de uma guia para então esta ser apresentada à farmácia com a qual há o acordo; assim, o utente vai à farmácia e levanta a medicação. Todavia, consta também a entrega a ele do dinheiro para a aquisição do medicamento.

Farmácia Hospitalar

[...] se o hospital prescreve uma medicação que é fundamental, seja uma medicação hospitalar, o hospital assegura a medicação. (AS 1).

A medicação contemplada pela Farmácia Hospitalar ficou demonstrada como sendo aquela destinada ao tratamento de patologias diversas, com o seu fornecimento gratuito e retirada diretamente na unidade hospitalar na qual o utente realiza o tratamento, ou seja, a medicação é assegurada pelo hospital sem custos.

[...] o que eu posso dizer-lhe é que é assim, temos uma farmácia hospitalar. Farmácia hospitalar tudo o que é doenças como da Sida, Tuberculose [...] portanto os retrovirais, os imunossuppressores para os doentes transplantados, tudo o que tem a ver com rim, fígado, hemodiálise, todo esse tipo de serviços, toda essa medicação que é crónica, que é habitualmente para a vida inteira, o doente leva daqui do hospital gratuitamente. (AS 6).

Foi mencionada a realização de avaliação socioeconómica pela equipe de Serviço Social, para o fornecimento de medicamentos via Fundo de Maneio, porém, para o atendimento via Farmácia Hospitalar, conforme se observa no relato a seguir, este é disponibilizado a todos os utentes inseridos no SNS, independente da condição económica e, ainda, que poderão ter um elevado custo:

[...] há medicação, como disse, que é dada e é gratuita pelas farmácias hospitalares e não passa sequer por nós. Desde que o médico prescreva está dentro dos quadros clínicos. (AS 5).

[...] essa medicação, são fortunas. A gente nem imagina quando custará ao hospital a manutenção destes tratamentos. (AS 4).

Estamos a falar de imunossuppressores que estamos a falar de milhares de euros por mês, para cada doente, e é dado. É dado. É cedido. Chama-se cedência gratuita... Existem alguns medicamentos em Portugal que não se vendem fora do hospital. Há medicamentos que são de uso exclusivo hospitalar e não tem venda nas farmácias de rua. Tem que ser cedidos, têm que ser dados pelo hospital, independentemente do valor. (AS 3).

Conforme ressalta AS 3, há medicamentos que não podem ser adquiridos, o fornecimento ocorre apenas via SNS e sem custos. Há exigência de comprovação de que esteja inserido no SNS, para tanto necessária a sua inscrição em um centro de saúde.

Santa Casa de Misericórdia e Segurança Social

[...] temos de fazer todo um trabalho de encaminhamento para a rede de estrutura de suporte, no sentido de, ou a segurança social, ou a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Porque há aqui duas nuances. Em Lisboa quem regulamenta a ação social é a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Fora de Lisboa, em todo o país, em todas as outras zonas do país, é a segurança social e, portanto, nós encaminhamos. (AS 3).

Conforme aponta AS 3, dentre os recursos externos ao hospital, existem a Segurança Social e a Santa Casa de Misericórdia.

Historicamente, em 1948, em Lisboa, surgiu a primeira Santa Casa de Misericórdia. Consta que a sua missão atual é a busca da “[...] realização de melhoria do bem – estar da pessoa no seu todo, prioritariamente dos mais desprotegidos.” (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, [2018]).

É mais conhecida pela sua Ação Social e por assegurar a exploração dos jogos sociais do Estado em Portugal, mas desenvolve também um importante trabalho nas áreas de Saúde, Educação e Ensino, Cultura e Promoção da Qualidade de Vida. Intervêm ainda no apoio e realização de atividades para a Inovação, Qualidade e Segurança na prestação de serviços, e na promoção de iniciativas no âmbito da Economia Social. Pode, a pedido do Estado ou de outras entidades públicas, desenvolver atividades de serviço ou interesse público. (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, [2018]).

De acordo com o Estatuto da Santa Casa de Misericórdia, presente no Decreto Lei nº 235/2008 de 3 de dezembro (PORTUGAL, 2008), em seu artigo 1º do Capítulo I sobre a “Denominação e Natureza Jurídica”, o qual trata da Natureza, âmbito e atribuições, temos “A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, adiante designada por SCML, é uma pessoa colectiva de direito privado e utilidade pública administrativa” e no artigo 2º, o qual trata da “Tutela:

- 1- A tutela, nos termos previstos nos presentes estatutos e na Lei que seja especialmente aplicável, é exercida pelo membro do Governo que superintende a área da segurança social.
- 2- A tutela abrange além dos poderes especialmente previstos nestes estatutos, a definição das orientações gerais de gestão, a fiscalização da actividade da Misericórdia de Lisboa e a sua coordenação com os organismos do Estado ou dele dependentes. (PORTUGAL, 2008).

E, segundo o artigo 3º nos revela quanto ao âmbito de atuação “A SCML prossegue as suas atribuições na área do município de Lisboa, podendo alargar a

sua actividade a outras áreas do território nacional para a realização dos seus fins estatutários.” (PORTUGAL, 2008).

Quanto à cooperação com outras entidades, a legislação consultada ainda aponta “A SCML coordena a sua ação com a de outras entidades privadas, públicas ou sociais, podendo para o efeito celebrar acordos de cooperação para a realização das suas atribuições.” (PORTUGAL, 2008).

Em Lisboa a ação social consta ser uma das áreas de intervenção da Santa Casa de Misericórdia, ressaltado ser apenas a realidade de Lisboa, ou seja, o mesmo não ocorrendo nas demais regiões, de acordo com os dados obtidos.

[...] embora, em Portugal a Segurança Social não seja uma resposta tão rápida e tão eficaz como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (AS 3).

Se não conseguir nós encaminhamos à segurança social. Se for um doente de Lisboa recorremos à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (AS 3).

Segundo as autoras (VALDUGA; CALMON; SANTOS, 2017), assim como no Brasil, em Portugal a proteção social foi concebida e incorporada tardiamente; quando comparado aos demais países europeus. No caso de Portugal, após a revolução de 1974, que assim como no Brasil coincide com o término do período ditatorial.

As autoras ainda apontam que os sistemas de Proteção Social contam com nomenclatura diferente no Brasil e em Portugal. No Brasil a Seguridade Social e em Portugal a Segurança Social.

Em Portugal, a evolução da proteção social está inserida num contexto tardio de concepção do Estado Providência e, atualmente, condicionada em certa medida pela participação no projeto de integração na União Européia. (VALDUGA; CALMON; SANTOS, 2017, p. 40-41).

A universalidade é considerada um princípio base da proteção social portuguesa, com o indicativo de que todos devem contar com o direito à Segurança Social, que é composta pelos sistemas: Previdencial, Complementar e de Proteção Social e Cidadania. É no artigo 63º da CRP que a segurança social portuguesa é assegurada como direito de todos.

1. Todos têm direito à segurança social.
2. Incumbe ao Estado organizar, coordenar e subsidiar um sistema de segurança social unificado e descentralizado, com a participação das

associações sindicais, de outras organizações representativas dos trabalhadores e de associações representativas dos demais beneficiários.

3. **O sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez,** viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

4. Todo o tempo de trabalho contribui, nos termos da lei, para o cálculo das pensões de velhice e invalidez, independentemente do sector de actividade em que tiver sido prestado.

5. O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objectivos de solidariedade social consignados, nomeadamente, neste artigo, na alínea b) do n.º 2 do artigo 67.º, no artigo 69.º, na alínea e) do n.º 1 do artigo 70.º e nos artigos 71.º e 72.º. (PORTUGAL, 2005, grifo nosso)

A “Acção Social” em Portugal é exercida por um conjunto diversificado de entidades: o Estado, as autarquias locais e as organizações da sociedade civil.

Enquanto organizações públicas mais próximas dos cidadãos, as Autarquias Locais detêm, potencialmente, um importante papel na prevenção e combate àqueles fenómenos, que deveria ser acompanhado de correspondente importância em matéria de atribuições e competências legais, estratégias locais e recursos operacionais. (CARDOSO, 2012. p. IV).

Em linhas gerais, a Segurança Social portuguesa é um sistema que conta como objetivo assegurar os direitos básicos dos cidadãos “[...] e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e a coesão social para todos os cidadãos portugueses ou estrangeiros que exerçam atividade profissional ou residam no território.” (SEGURANÇA SOCIAL, 2018). Está regulamentada na Lei de Bases Gerais do Sistema de Segurança Social Lei nº 4/2007 de 16 de janeiro (PORTUGAL, 2007).

Além do Fundo de Maneio e da Farmácia Hospitalar (como já mencionado no início do tópico), há então outros dois caminhos para auxílio aos utentes, com a participação do Serviço Social (através de encaminhamentos), que são a Segurança Social e a Santa Casa de Misericórdia (no caso de Lisboa).

Novamente consta a necessidade de um estudo socioeconómico prévio pelos assistentes sociais, que justifique o apoio a ser oferecido pelos setores, para a aquisição do medicamento.

Em termos formais, para a cidade de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia é a responsável pelo estudo socioeconómico de todas as situações que sejam e que estejam para ser avaliadas. Portanto, imagine, uma situação de maus tratos... imagine os idosos que há uma situação complicada, pode

haver um relato da situação ao Ministério Público e o Ministério Público, quem é que vai incumbir de estudar? É a Misericórdia. Se o doente for da freguesia do concelho de Loures, que é fora de Lisboa, da freguesia de Santa Iria da Azoia, é à segurança social que ele pede. (AS 4).

A atuação das Santas Casas em Lisboa, dentro da assistência social não é atividade recente, conforme resposta da profissional, quando indagada sobre a questão.

[...] Já tem muitos anos. Desde que eu comecei a trabalhar. No fundo é assim a responsabilidade da ação social para a cidade de Lisboa surgiu como seja, foi entregue à Misericórdia. Agora faz a gestão da ação social [...] Portanto, no fundo, a diferença é Lisboa porque tem uma Santa Casa da Misericórdia que assumiu para si esse papel. (AS 4).

Os relatos obtidos indicaram que, quando não se caracteriza como uma medicação de fornecimento hospitalar (como já apontado), nos casos de falta de condições económicas para a aquisição, a opção existente será a Santa Casa de Misericórdia, excepcionalmente para a cidade de Lisboa e, para outras cidades, a Segurança Social.

Também, tratando-se de exames, foi apontado que os recursos existentes são os mesmos dos medicamentos (ou seja, Santa Casa de Lisboa ou Segurança Social).

No relato a seguir identifica-se que a resposta da Santa Casa de Misericórdia se mostra mais célere do que a da Segurança Social, que como já dito, é o recurso existente para as localidades fora de Lisboa.

[...] embora, em Portugal a segurança social não seja uma resposta tão rápida e tão eficaz como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (AS 3).

É assim, há a isenção económica, esta a ver com o poder económico das pessoas, a própria Segurança Social cruza os dados com as finanças, e sabem se a pessoa tem ou não tem rendimento para poder fazer [...] e atribui a isenção [...] (AS 1).

Na fala de AS1 consta que há um “cruzamento de dados” entre as Finanças⁸¹ e a Segurança Social, o que parece confrontar a solicitação de saúde com as reais condições económicas do utente.

⁸¹ O Ministério das Finanças português, de acordo com o que foi esclarecido nos diálogos das entrevistas realizadas, é órgão com pontos semelhantes à Receita Federal do Brasil, vinculada a qual há a declaração do imposto de renda, realizada anualmente.

Outros Recursos Disponíveis

Além dos recursos citados anteriormente, no depoimento das entrevistadas constam outros, que não possuem a mesma estrutura da Santa Casa de Misericórdia ou Segurança Social; contudo, parece corresponderem como alternativas possíveis, nos casos em que o utente não preencha as exigências dos outros serviços, ou pela especificidade da situação.

Há um grupo de voluntariado que são os vicentinos, não sei se já ouviu falar, que estão ligados à igreja, a igreja católica, e que se organizam, e eles próprios criam bolsas às vezes de apoios assim a pessoas [...] Pronto, são coisas assim pontuais. Há uns tempos tive também uma senhora do norte que vinha acompanhar o marido aqui [...]. A estadia foi mais demorada do que ela perspectivava e a senhora referiu realmente dificuldade em manter-se cá em [...] a acompanhar o marido porque tinha de estar a pagar uma pensão e, portanto, isso ficava muito oneroso. Contactei também uma obra vicentina que lhe pagou dez dias de estadia numa pensão. Pronto, às vezes são coisas pontuais, não é nada muito estruturado, estes apoios assim um bocadinho extra. Portanto, os que estão efetivamente... que estão estruturados, com base na avaliação socioeconómica, é realmente o nosso Fundo de Maneio, a Misericórdia e a Segurança Social. (AS 6).

O relato de AS 6 indicou uma possibilidade, não com tão grande alcance (pelo que ficou evidenciado), mas que atenderia a situações emergenciais e, ainda, conforme se observa, reforça o já apresentado anteriormente quanto aos três principais recursos no atendimento dos casos que são: Fundo de Maneio, Santa Casa de Misericórdia e Segurança Social.

Ocorreu também o questionamento se os caminhos se restringiriam aos três principais recursos citados e a fala de AS 5 revelou a existência de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)⁸² e as associações de doentes, de determinado tipo de doenças ou instituições de apoio social no geral.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social e que têm às vezes ações sociais, ficaram com esses projetos. O que acontece é que às vezes essas instituições têm subprojectos que trabalham em parceria às vezes com os centros de saúde e têm outros patrocínios que conseguem, lá está,

⁸² “São instituições constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos: Apoio a crianças e jovens; Apoio à família; Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; Educação e formação profissional dos cidadãos; Resolução dos problemas habitacionais das populações.” (VALDUGA; FERREIRA, 2016, p. 34).

como a ação social não dá resposta, conseguem outros apoios, ou conseguem apoios próprios para as pessoas que acompanham, ou seja, se for a freguesia do lado já não conseguem apoiar mas aos seus utentes têm o apoio da ação social normal mas, se não conseguir, já sabem que têm o cabaz... Isto acontece muito, por exemplo, na parte das crianças, crianças e jovens, que muitas vezes as próprias instituições acabam por angariar biberões e latas de leite... Supostamente na ação social acontece isso mas como a resposta não é rápida muitas instituições acabam por ter os próprios fundos, sejam eles económicos ou mesmo de bens que permitam apoiar a pessoa no imediato. (AS 2).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) então também constam como alternativa ao atendimento da demanda nas questões de saúde. Foram ainda mencionadas as associações de apoio social.

[...] não quer dizer que também não haja, e posso lhe dizer que há também atualmente instituições particulares de solidariedade social e múltiplas associações de apoio social que acabam por também ter alguma atividade de apoio e estou a falar de imensas, algumas, em que têm capacidade de por vezes ajudar, ou financeiramente, ou facultando mesmo diretamente medicação. (AS 5).

[...] eu encaminhei para a associação de queimados porque as associações depois conseguem estabelecer alguns protocolos e acordos com os próprios laboratórios que fazem preço de venda, o tal PVP (Preço de Venda ao Público), muito mais abaixo, porque há um acordo prévio com as associações... Portanto, há várias associações. Neste caso específico eu encaminhei [...]. (AS 3).

Para maior esclarecimento dos relatos apresentados, quando as profissionais se referiram a “associações”, questionou-se no caso se seriam “Organizações não Governamentais”.

Nós aqui não utilizamos tanto o termo ONG. Nós usamos associação ou então instituição particular de solidariedade social. Uma associação é mais simples. Uma instituição particular de solidariedade social já requer registro na Segurança Social e ter algumas participações também do Estado. A associação não pode viver só com sócios. A instituição, se quiser, a IPSS, já pode recorrer [...] Mas as associações são sempre um nicho que trabalha em paralelo do Estado, como complemento ao Estado [...] (AS 3).

A fala da AS 3 então revela que as associações teriam como tarefa complementar os serviços oferecidos pelo Estado.

Também como alternativa ao atendimento da demanda em questão, foi mencionado o voluntariado e as “juntas de freguesias”, que oferecem apoio em determinadas situações, com atividades voltadas a ação social e dirigidas a população residente nas freguesias.

Contudo, ao que ficou demonstrado por AS 1, tal auxílio parece cada vez

menor. Esses serviços contam, conforme o relato, com uma assistente social e declararam não haver uma regulamentação, parecendo ser este apenas pontual.

[...] são coisas digamos voluntárias... o voluntariado é muito bom, mas que não é uma garantia absoluta [...] não é uma garantia absoluta das coisas fazerem concretamente. Voluntariado, está tudo dito, o voluntariado é importante sim, mas não é suficiente [...] Agora se falarmos aí em algumas especialidades, especificamente eu posso falar dos HIVs, que há empresas que apoiam uma determinada especialidade, mas isso é muito particular, no geral não posso considerar isso. (AS 1).

Sim. Em algumas situações (poucas, muito poucas) às vezes temos ali o centro paroquial. O padre sempre consegue arranjar ou às vezes a junta de freguesia também conseguiria ajudar. (AS 2).

O governo português adotou como estratégia de amenização do impacto económico dos serviços de saúde, baseada em orientações de organismos internacionais, uma ênfase numa responsabilidade do indivíduo: “[...] trata-se de uma perspectiva mais ampla de responsabilidade, que se relaciona à ideia de cuidado de si [...] um dos efeitos disto foi o fortalecimento de redes de solidariedade informais [...]” (ASENSI, 2013b, p. 181).

Um relato significativo de AS 2 se refere a um possível auxílio de um vizinho ou amigo, que de acordo com a fala da profissional, é até comum em sua rotina de trabalho.

Apoiam pontualmente mas de qualquer forma é assim, sim, o que acontece muitas vezes é que quando a pessoa em situações que não pode não fazer a medicação, o que acontece é que há sempre um vizinho, e acontece muitas vezes, há sempre um vizinho ou um amigo que adiantou a medicação mas que depois também o apoio fica sem efeito porque nós não podemos dar o dinheiro ou dar a medicação, a esta terceira pessoa. (AS 2)

Outra questão apontada que também se julga relevante de destaque, quanto aos caminhos para acesso aos medicamentos, é a denominada farmácia social, que parece ter o seu surgimento no período da crise que atravessou o país.

Neste período de crise que atravessamos houve serviços que se organizaram que chamam as farmácias sociais, precisamente com a recolha de medicação, portanto, doações de medicação pelos próprios utentes, que não utilizam e que devolviam e, pronto, e provavelmente também laboratórios, etc. Formaram-se pequenas farmácias que se chamam farmácias sociais no sentido precisamente haver aqui um maior aproveitamento de forma a ajudar os utentes mais carenciados. (AS 6).

Quando questionado sobre medicamentos de valores elevados, houve um relato significativo, que indica o fornecimento de medicamentos gratuitamente para as doenças ditas crônicas, o que fez com que inclusive as avaliações socioeconômicas por parte do Serviço Social fossem suspensas, entendendo assim, que o acesso à medicação para doenças crônicas caberia a todos os cidadãos, independente do valor de seus rendimentos.

Também, que a comparticipação oferecida pelo SNS parece contribuir em grande medida com a redução dos valores para a aquisição dos medicamentos, “facilitando” a aquisição dos mesmos.

É muito difícil de avaliar porque nós não controlamos o valor. Mas, sim, mas acreditemos que não seja tão elevado e, até por experiência própria. Nós já tivemos experiência de familiares internados, portanto, nunca nos foi posto: “olha, agora o senhor tem que ir para casa mas levem estes 400 euros de medicamentos”. Não, porquê? Porque as comparticipações de facto estão ativas e funcionam. Portanto, aquele medicamento já vem com aquelas comparticipações [...] (AS 4).

Habitualmente preços mais elevados têm comparticipações, tem isenções, acabam por ficar com valores confortáveis. (AS 6).

No relato de AS 4, observa-se uma possível atuação por parte das associações de doentes, podendo então exercer movimentos reivindicatórios quanto a avaliações socioeconômicas para o fornecimento de medicamentos, nos casos de doenças crônicas o que teria assim assegurado o direito de acesso ao seu tratamento medicamentoso, independente de sua renda mensal ou de seus familiares.

[...] nós fizemos avaliações socioeconómicas para medicamentos que eram medicamentos de uso crónico em hospital de dia, por exemplo, para a hepatite ou para outras doenças e essa necessidade de avaliação terminou, porquê? Porque o doente tem acesso ao medicamento, tem direito ao acesso a este medicamento. Portanto, não fazia sentido uma avaliação socioeconómica de um doente que tem direito àquele medicamento porque, pela doença crónica que tem [...] Porque as associações [...] fazem um movimento contra estas práticas que vieram a ditar isto, não é? No fundo, porque a questão, as pessoas a ser sujeitas a avaliações para ceder ou não ceder a medicação em função do seu rendimento, quando está definido que estas pessoas destas doenças crónicas que estão bem definidas e identificadas, têm acesso à medicação e, portanto, o conselho da administração teve de deixar por aí. (AS 4).

A medicação... Eu acho que a medicação para situações crónicas, para todas elas, deveria ser gratuito. (AS 6).

Contudo, o relato de A6 contradiz o já apresentado de que doenças crônicas todas contariam com o atendimento gratuito de fornecimento pelo SNS.

4.2.3 Tempo de resposta e garantia de atendimento

No que se refere ao tempo de resposta dos “caminhos existentes para o atendimento da população”, se este se apresenta compatível às necessidades dos utentes, foram obtidos os seguintes relatos:

Eu penso que sim. Sim, nós tentamos sempre. Aliás, há situações, pontualmente, há utentes, até pelo seu perfil, que não vão logo à entrevista quando a pensar, por exemplo, nos doentes da infecto. São jovens, pronto. Se não vão logo ao atendimento ou houve qualquer, enfim, confusão, portanto, vêm uma segunda vez, vêm uma terceira vez e até mais vezes. Nós temos utentes, pelo seu perfil até já psiquiátrico, ali a esbarrar no psiquiátrico, que já não têm grande capacidade e que às vezes até rejeitam determinados serviços. [...]. Portanto, há pontualmente uma ou outra situação assim [...] Eu penso que às vezes há pessoas que ficam sem o medicamento talvez porque já não tenham grande capacidade de gerir a sua vida. (AS 6).

A fala de AS 6 destaca que normalmente ocorre o atendimento da demanda pelos principais recursos disponíveis; todavia, faz a ressalva de situações mais pontuais, nas quais por alguma dificuldade do utente (no caso citado de problema psiquiátrico) não é concretizado o atendimento para o qual houve o encaminhamento.

Em alguns casos de negatória quanto ao auxílio, consta que poderá ser realizado um novo encaminhamento, segundo aponta AS 6, contudo, destaca que o paciente não fica sem a medicação.

[...] é verdade que poderemos ter algum feedback mas também podemos não ter. Por norma as pessoas são atendidas e é feita uma avaliação. O que acontece muitas das vezes é que também os mecanismos de intervenção dos técnicos dessas estruturas não são mecanismos automáticos, ou seja, muitas das vezes, vamos pensar a atribuição de um subsídio que o técnico até chega à conclusão (faz o seu diagnóstico, confirma aquilo que nós próprios nos deparámos, a fragilidade económica e chega à conclusão que “sim senhora, faz sentido, o senhor já está de facto em risco”, é necessário haver aqui uma atribuição de um subsídio que possibilite que este utente consiga assegurar a aquisição da medicação durante o tempo que é previsto. Obviamente muitas vezes o técnico desses organismos não tem autonomia absoluta, ou seja, fazem a sua avaliação, mas depois tem os seus procedimentos internos e esses procedimentos internos muitas vezes estão para além da sua capacidade. Muitas vezes os pedidos têm de ir a despacho superior, obviamente estão dependentes ou não da existência de verbas que podem estar disponíveis ou não e,

portanto, obviamente que há constrangimentos. Dir-lhe-ei que muitas vezes não são respostas do momento. Pode haver, dependendo muitas das vezes daquilo que estamos a falar dos montantes, mas também é verdade que muitas vezes dependendo dos montantes e do que é que está em jogo, obviamente o técnico pode não ter uma resposta logo imediata e, portanto, o utente tem que muitas vezes aguardar algum tempo até haver um despacho favorável, até haver a disponibilização da verba [...]. Muitas vezes não é dado de forma logo [...] Portanto, isto por vezes acarreta algum tempo de espera (AS 5).

Não porque mesmo que a avaliação da assistente social seja de parecer positivo, ou seja, a partir do momento em que eu faço uma proposta de apoio económico, seja ela para apoio imediato ou mais alargado, eu já estou a fazer uma avaliação que aquela família ou indivíduo precisa. Mas esta avaliação carece sempre uma avaliação superior. Portanto, eu tenho sempre os coordenadores da ação social que vão aprovar se aquele apoio pode ser deferido porque elas podem não deferir. Portanto, sou eu que atendo as pessoas, vejo a fragilidade, avalio a fragilidade, mas pode chegar ao patamar superior e não ser aceite. (AS 2).

O relatos AS 5 e AS 2 indicam que a resposta por parte dos recursos existentes nem sempre é imediata e que há a possibilidade de um tempo de espera, algumas vezes sustentado pelo Fundo de Maneio, que como já apresentado, caracteriza-se como um atendimento emergencial e limitado.

[...] não posso fazer isso para todos os casos que atendo, fazer o contacto, mas muitos faço, alguns faço e na maioria até se faz, e percebe-se que “ah mas então mas colega explique-me porque é que este doente que tem esta medicação, tem estas dificuldades, porque é que não está a ser apoiado já?”, “Ah, porque o doente depois não compareceu. Já teve cartão de utilizador... Ah, porque não trouxe aquele papel...”. E depois nós ficamos sem perceber efetivamente se foi porque não se priorizou a situação daquele doente para a ajuda ou se aquele doente também falhou com uma série de questões [...] Há como ter acesso e, portanto, muitas vezes eu acho que é pressão, pressão no trabalho das pessoas, o número de casos que tem para acompanhar também não permite depois fazer esta resposta adequada [...]. (AS 4).

Os apontamentos de AS 4 quanto à garantia de atendimento, demonstram que uma “pressão no trabalho” dos profissionais de referência nos recursos mais utilizados, poderia acarretar algum comprometimento no oferecido ao utente requerente, em termos de resposta à sua demanda. Outra questão seria uma possível “falha” por parte dos utentes, que comprometa a efetivação da solicitação.

[...] é assim, no que toca à saúde eu encaro a saúde como sempre emergente. Se o médico prescreve para iniciar aquele medicamento é porque é vital para aquele ser humano, mesmo que seja uma aspirina, que é muito comum. Portanto, mesmo que seja uma aspirina o médico não vai,

temos de acreditar assim, não vai prescrever a aspirina só porque sim. Se aquela pessoa não tem dinheiro para comprar a aspirina e se vai para a Santa Casa, o que é que eu analiso, tanto da Segurança Social, como da Santa Casa? Os tempos de resposta da Santa Casa e da Segurança Social, mas mesmo assim a Segurança Social demora muito mais tempo, não são compatíveis com a nossa emergência de saúde. (AS 3).

A fala de AS 3 revela que dentro de sua análise, o tempo de respostas, quando comparadas a Santa Casa de Lisboa e Segurança Social, a da última é maior.

Os dados então indicaram que não há uma garantia do atendimento de 100% dos casos, havendo então aqueles que podem ficar sem o solicitado, sendo necessário recorrer a outros recursos.

[...] das duas uma: ou a pessoa pede emprestado a algum amigo ou, por vezes, que acontece muito na ação social, os apoios não são aprovados nesse mês, e os apoios só são aprovados mensalmente e não é aprovado porque isto ou porque aquilo ou que... Pronto, a nível de chefias vetam a proposta e tem que se fazer a proposta pelos critérios que eles solicitam, ou porque não estava bem esclarecido uma situação ou outra, e demora mais um mês a ser aprovado e às vezes o que acontece é isso [...]. (AS 2).

Quando questionada AS 1 sobre as dificuldades em relação aos programas existentes e, se as políticas de atendimento são consideradas suficientes as necessidades da demanda, os apontamentos indicaram para insuficiência e tempo de resposta incompatível.

São insuficientes para a procura, portanto o número de respostas que temos na zona, e eu digo zona X⁸³ e arredores é insuficiente, porque eu não consigo ter sempre aquela resposta que preciso em tempo útil, nos temos que esperar com o doente no hospital até que se garanta uma resposta, tanto que para isso nós estamos a fazer alta clínica coincidir com a alta social [...] Nós tentamos que sempre isso aconteça, mas nem sempre acontece... é isso de falta resposta em tempo hábil. (AS 1).

4.2.4 Dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social

As profissionais entrevistadas foram também indagadas acerca das dificuldades identificadas no cotidiano de trabalho, sendo narrado:

Olhe, por um lado a estadia do utente no hospital por vezes é muito curta; o volume de trabalho por vezes é excessivo e, portanto, para se fazer um diagnóstico de uma intervenção adequada é preciso algum tempo e nem

⁸³ A zona relatada foi substituída por "X", de modo a não ser identificado o local de trabalho da profissional.

sempre pensando nas medicinas, nem sempre isso é muito viável, por isso nos suportamos muito destes apoios da comunidade, portanto, esta articulação é essencial, está sempre a acontecer. A própria articulação tem algumas dificuldades que é não termos o feedback muitas vezes do outro lado. Contactamos, não conseguimos contactar a pessoa certa porque os serviços têm um técnico conforme a área de residência do utente, assim é o técnico e pronto, por vez há dificuldade... também do outro lado há esse trabalho, as colegas desses serviços fazem visitas domiciliárias, portanto, fazem trabalho de rua, fazem muito trabalho e acabam por muitas vezes não estar contactáveis. Portanto, usamos todos os canais normalmente (telefone, mail, etc.) mas por vezes não somos atendidos tão célere quando desejávamos, em contraste com a pressão clínica para dar altas o que leva muitas vezes a que tenhamos o protelar altas. Portanto, o doente tem alta, mas não conseguimos reunir as condições mínimas necessárias e, portanto, o doente mantém-se no hospital mais uns dias até que se consiga. (AS 6).

A profissional revela uma dificuldade no estabelecimento de contato com as equipas, o que contribui no seu entendimento para ampliação no tempo de permanência do utente no hospital, por questões de ordem social.

Eu costumo dizer que a Ação Social não tem acompanhado muitas vezes em termos de recursos de equipamentos, muitas vezes não acompanha as necessidades da sociedade. Há de facto um desfasamento e isso depois obviamente traduz no nosso dia a dia porque a pessoa obviamente quando precisam, precisam no agora, não é? E nós percebemos que há uma saturação a este nível. Portanto, os equipamentos estão lotados. Há listas de espera para determinado tipo de respostas. É uma área onde os técnicos de facto também são escassos e é uma área onde era necessário de facto haver um investimento também a esse nível (na ação social). (AS 5).

A fala da profissional AS 5 denuncia situação de escassez de recursos e de número de profissionais, trazendo deste modo prejuízos ao atendimento dos casos. Outras entrevistadas também citaram insuficiência quanto ao número dos profissionais do Serviço Social:

Temos muita área de medicina, temos vários serviços de medicina e não é possível, pela complexidade, o volume dos serviços e a complexidade das situações não se pode ter uma colega. Portanto são serviços com: um serviço tem 49 camas, outro serviço tem 40 e picos; e outro serviço [...] e há mais dois, mais pequenos. Portanto, quatro colegas estão com as áreas das medicinas e, mesmo assim, estão muito para além daquilo que devia que está estipulado e que está definido. Depois somos muito poucas. (AS 4).

Então é assim, onde eu estou neste momento, sim, os recursos humanos não são os suficientes, os que deveriam de ser. (AS 2).

Contudo, a questão da escassez de profissionais para o atendimento da demanda não se caracteriza como um consenso na realidade das entrevistadas, sendo inclusive apontado um número suficiente por algumas⁸⁴.

Sim, sim, sim... nós aqui mais ou menos estamos com uma média de dois a três serviços por pessoa, depende do número de camas... eu penso que sim. (AS 1).

Neste momento, dir-lhe-ei que se calhar já estivemos pior, neste momento parece-me que há um reconhecimento da necessidade de existirmos dentro das estruturas de saúde. Cada vez mais há esse reconhecimento e essa necessidade. Portanto, penso que de uma forma, enfim... Fizemos algum caminho nos últimos anos e não estaremos se calhar na excelência, mas também já não estamos tão mal assim. [...] A verdade é que no sector da saúde há alguma escassez, percebe-se que há alguma escassez de técnicos e que também, muito em prol da crise económica que ocorreu e que estamos ainda a ter, houve de facto reflexos a esse nível. (AS 5).

A profissional AS 5 revela reconhecer a escassez não só de profissionais do Serviço Social, como também de outras áreas vinculadas à saúde, destacando desdobramentos nesse sentido da crise econômica que atingiu país.

4.2.5 O SNS sob o olhar dos assistentes sociais portugueses

Os profissionais participantes do estudo foram questionados sobre o seu parecer quanto o SNS e as mudanças ocorridas no sistema nos últimos anos.

[...] há uns 10 anos para cá nasceu o que nós chamamos de Rede Nacional de Cuidados Integrados que tem sido para nós uma resposta excelente e nos cobre imensas necessidades. Portanto, a rede nacional de cuidados integrados é um conjunto de clínicas para onde nós mandamos os utentes para continuar os cuidados, seja para reabilitação intensiva, mais moderada, para situações já mais de manutenção mas que necessitam de um internamento com alguma especialidade e para paliativos (doentes oncológicos). Portanto temos estas quatro e depois ainda há uma quinta, também podemos candidatar para equipas de cuidados continuados integrados no domicílio. (AS 6).

Eu penso que um dos grandes avanços do Serviço Nacional de Saúde nos últimos anos e eu falo mais do que nos diz diretamente respeito, foi aquilo a que se chama a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados. (AS 5).

⁸⁴ O questionamento na oportunidade da entrevista foi se o número de profissionais do Serviço Social era o suficiente para o atendimento da demanda.

Considerando as opiniões obtidas nos relatos dos assistentes sociais, através da Rede Nacional de Cuidados Integrados, que surgiu em 2006, são disponibilizados tratamentos especializados (como o de reabilitação física). Através do serviço há uma clínica custeada pelo SNS, que realiza tais tratamentos. Para situações mais complexas o tempo de atendimento também é ampliado.

Uma coisa que, já agora, que ainda não lhe falei, uma mais valia, um ponto positivo ao Serviço Nacional de Saúde... Portanto, a rede nacional de cuidados continuados. A rede nacional de cuidados continuados é uma resposta, a primeira resposta que existe em Portugal, que é uma parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social, que vem cobrir uma área de resposta que, antes de 2006 (foi o ano pioneiro), desta Rede Nacional de Cuidados Continuados que, portanto, criou acordos com hospitais públicos, clínicas, para convalescença, fisioterapia intensa. (AS 3).

Há outras situações mais delicadas, que levam mais tempo a recuperar, portanto, propomos para três meses e aí o utente já paga um pequena parte do seu rendimento, mas sempre compatível. Depois há as de longa duração para situações em que já não se prevê reabilitação, mas o doente carece de muitos cuidados médicos e de enfermagem e então propomos para longa duração, que não tem tempo. E os paliativos a mesma coisa, portanto, é já numa fase terminal habitualmente que há muita necessidade de controlo de dor e, portanto, candidatamos para essas unidades também. (AS 6).

Assim, a Rede Nacional de Cuidados Integrados, parece ter promovido a ampliação no atendimento das demandas dos perfis mencionados por AS 6. Uma questão significativa nas falas é que o período em que o paciente permanece nas clínicas que realizam o citado serviço colabora para que os profissionais então tenham um tempo para organizarem os acompanhamentos após a alta hospitalar, como aponta o relato a seguir.

Se é um dependente pobre, com uma situação económica difícil, naturalmente candidatamos logo. Portanto, no fundo aqui o critério clínico é o que vincula, é o que justifica a candidatura mas, como está ligado, acabamos por resolver muitas questões que também decorrem dos cuidados continuados porque o utente vai estar lá aquele período, portanto, naquele período (digamos um mês) não gasta, portanto, ao não gastar equilibra um bocadinho as suas economias, por outro lado também nos dá uma margem de melhor articulação com os colegas, portanto, há um maior tempo para se organizar as coisas, tanto que o utente sai do hospital para lá, às vezes não, às vezes há períodos do ano em que demoram muito a vir as respostas também para essas clínicas e então quando isso acontece o doente depois acaba por ir para casa um tempo, a aguardar vaga, mas depois entra [...]. (AS 6).

A Rede de Cuidados Continuados Integrados⁸⁵ demonstra ter sido uma inovação muito bem avaliada pelos entrevistados.

A rede nacional tem ainda poucos anos. Tem legislação própria, tem regulamentação, mas no fundo parte do pressuposto e no fundo foi o reconhecimento da necessidade de criar estruturas intermédias para que o utente, após uma alta hospitalar ou mesmo perante um processo de saúde complicado, complexo, possa ter aqui respostas diferenciadas e isso foi o reconhecimento dessa necessidade que não passa muitas vezes só com a ida diretamente para casa, portanto, é esse reconhecimento, e surgiu obviamente, num acordo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade Social, em que se reconheceu a necessidade de criar estruturas/acordos com determinadas estruturas onde as pessoas possam fazer processos de convalescença, de reabilitação, enfim, que possam otimizar o máximo possível a sua condição de saúde e a sua condição física. [...] e tem de facto sido uma grande mais valia porque de facto a rede também desse ponto de vista pressupõe aquilo a que se chama as equipas de cuidados continuados integrados, é outra dimensão, ou seja, em que a pessoa vai para casa, mas depois em casa tem equipas que se deslocam, a maior parte deles estão sediadas nos centros de saúde (desde o médico, ao enfermeiro, ao fisioterapeuta) que depois vai fazer, durante algum período, toda a continuação de cuidados, lá está [...]. É inovador. (AS 5).

Assim, diante da compreensão dos relatos, a Rede de Cuidados Continuados Integrados surgiu após uma parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e a Segurança Social. Consta ainda que foram criados acordos com determinadas estruturas e grande parte delas privadas.

Olhe, eu, apesar de achar que o nosso Serviço Nacional de Saúde tem algumas brechas, como em tudo, sinto-me, ao mesmo tempo, orgulhosa e feliz, apesar de tudo, em saber que tenho um país com esta organização porque dir-lhe-ei que há... este processo que disse que existe no Brasil e que eu, por sinal, até desconhecia, choca porque é como se, de alguma maneira, a pessoa não tivesse esse direito. É um direito que não é direito. Acho que desse ponto de vista nós, como Estado providência, estamos avançados comparativamente a determinadas sociedades. Não vou focar países, mas temos a noção que, apesar de tudo, estamos num patamar diferente em relação a determinados países porque, numa linha geral, o cidadão, seja ele português ou não, tenha ele recursos ou não, não deixa de ser tratado no nosso país por não dispor de recursos, entende? E isso orgulha-me [...]. (AS 5).

A fala de AS 5 indica uma reflexão quanto a judicialização da saúde no Brasil e a não judicialização em Portugal, apontando para uma satisfação quanto ao SNS nesse sentido.

⁸⁵ A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto – Lei nº 101/2006 – de 06 de junho “[...] visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.” (SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Dentre as melhorias nos últimos anos do SNS, os profissionais também mencionaram a questão do acesso a medicamentos:

Eu acho que as pessoas hoje em dia efetivamente têm acesso aos medicamentos, têm acesso aos tratamentos e nós sentimos, na nossa prática, quer na nossa prática e experiência profissional, quer na experiência familiar e na nossa vida lá fora. Efetivamente se um doente adoece, à partida, tem direito, tem acesso àquilo que deve ter para se tratar. (AS 4).

A questão da informatização é algo presente em dois relatos, também apontada como um bom avanço do SNS nos últimos anos.

Aquilo que eu sei, a nível da informatização da questão médica mesmo, isso tem ajudado e, de facto, pronto, ajuda as coisas estarem informaticamente no sistema porque em qualquer hospital os médicos têm um sistema em que em qualquer ponto, com o seu número de médico, podem aceder a essa parte clínica [...]. (AS 2).

Tem algumas melhorias em termos de saúde nos acessos, no trabalho em rede e penso que uma melhor gestão dos recursos, quando se começa a pensar que se for trabalhar em rede, consegue-se evitar muitas despesas, se calhar consegue-se melhorar a saúde. Acho que muito mas muito mesmo se trabalhar em rede. Temos uma experiência da pediatria em que qualquer miúdo, qualquer criança que vai para uma urgência hospitalar vai sempre referenciada por um centro de saúde [...] sabe os exames que já foram feitos, não há repetição de exames, não há repetição de análises disto e daquilo outro [...] isso é uma maneira de gerir se as coisas, se consegue-se calhar melhores benefícios a saúde, mas que temos vindo a melhorar sim, reduzir um bocadinho as listas de espera também [...]. (AS1).

Através da Portaria nº 198/2011 de 18 de maio (PORTUGAL, 2011) foi instituída a prescrição eletrônica, que objetiva a informatização do sistema de saúde como uma medida de obtenção de maiores dados do circuito do medicamento e evitar fraudes.

O Serviço Nacional de Saúde ao longo dos anos tem vindo de facto a melhorar. O acesso evidentemente das pessoas aos serviços tem melhorado. A partilha da informação tem melhorado imenso e isso eu acho que é um valor inestimável. Nós podemos informaticamente ter acesso, todas as estruturas e os profissionais, a vários níveis, evidentemente, ter acesso à informação que é partilhada e portanto isso cria um conhecimento daquele doente que não tínhamos e que era impossível por mais conversas que se tivesse sobre o doente de ter informação. Isso para mim faz muita diferença, mas é que nem se compara. (AS 4) .

A questão da prevenção em saúde também se mostrou presente nas reflexões de profissionais participantes do estudo.

Nós aqui não investimos muito na prevenção, se investíssemos na prevenção talvez tivéssemos outros benefícios, nós aqui intervimos mesmo nos tratamentos [...] Enquanto que há países que investem na prevenção, vamos evitar grandes custos de saúde, mas nós aqui em Portugal estamos a começar a investir na prevenção, mas isso não é muito forte, investimos sim na parte curativa, paliativa e por aí fora, enquanto que há países, por exemplo no norte da Europa, que se investe tudo [...]. (AS1).

Sobre as sugestões quanto ao SNS, uma profissional apontou um maior apoio com relação aos transportes e a implantação de “Centros Noite”, destinados à população idosa.

Eu vou falar de uma lacuna grande que há ainda, por exemplo, são o apoio nos transportes, apoio de transporte para os utentes virem ao hospital. Essa é uma lacuna importante que eu acho que, embora a lei até cubra uma grande parte, depois na prática os hospitais acabam por não ter recursos suficientes e não põem em prática a Lei. [...] Deveríamos ter mais instituições, por exemplo, centros de noite. É uma coisa que já se fala mas que nunca foi para a frente. O que é que acontece? Os nossos utentes, os nossos velhinhos, muitas vezes, até estão bem para estar sós, mas têm medo da noite, têm pânico da noite. Centros de dia já existem. É os centros de dia, o utente vai, faz lá a sua refeição, tem as suas atividades, lancha, muitas vezes já vem com lanche meio ajantarado, portanto, as refeições estão cobertas para o dia e depois, ao fim do dia, às 18 horas, mais ou menos, conforme os centros regressa à sua casa. Isto de segunda a sexta. Sábado e domingo é para esquecer, o que também está mal porque há muitos que precisam todos os dias [...]. (AS 6).

Dentre os apontamentos está presente ainda a questão de infecção hospitalar, que também foi citada no Relatório Primavera 2017⁸⁶. “Em termos de efetividade da qualidade dos cuidados, Portugal apresenta resultados positivos em muitos dos indicadores analisados com exceção da infeção hospitalar onde continuamos dos países com taxas mais elevadas.” (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2017, p. 51).

⁸⁶ “O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde. Tem como finalidade proporcionar a todos aqueles que podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que a determinam.” (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2017).

[...] O problema da infecção hospitalar. É muito complicado. É uma situação que é de difícil controlo e é uma realidade entre doentes que estão no mesmo quarto [...] Isto é um assunto sério e é um assunto que ainda há de se ter de falar muito porque efetivamente é um obstáculo grande [...]. (AS 4).

O próximo relato aponta outra problemática que são as cirurgias com listas de espera, que foi uma questão também abordada no Relatório Primavera de 2017. “[...] Portugal continua a apresentar cuidados necessários não satisfeitos, nomeadamente nos grupos de baixo rendimento e **tempos de espera para cirurgia eletiva** [...].” (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2017, p. 51, grifo nosso).

Efetivamente se um doente adoece, à partida, tem direito, tem acesso àquilo que deve ter para se tratar. O que acontece, pontualmente, não tão pontualmente, mas eu acho que ainda tem de melhorar. Evidentemente que as listas de espera para as cirurgias [...] tem-se feito um trabalho para redução das listas de espera [...]. (AS 4).

Eu consigo identificar em Portugal, a nível de saúde mental que não há estruturas de apoio à saúde mental. Há muito pouco. Há lares de idosos que não aceitam doentes de saúde mental, porque se tornam agressivos, porque têm que ser compensados [...]. (AS 3).

Outro ponto levantado pelos profissionais é o de uma melhor estruturação quanto aos serviços oferecidos relacionados à saúde mental, principalmente os destinados ao atendimento da população idosa.

4.2.6 Eventual Judicialização em Portugal

No primeiro contato (telefônico) mantido com as profissionais participantes da pesquisa no exterior, já fora informado qual o tema de estudos no Brasil (judicialização da saúde), sendo então constatado que desconheciam o assunto. Posteriormente, na ocasião do encontro pessoalmente para a realização da entrevista, foram tecidos esclarecimentos acerca do fenômeno.

Deste modo, em última questão do Guião da entrevista semiestruturada, questionou-se acerca de alguma situação vivenciada ou de conhecimento das profissionais, que remetesse à judicialização do direito à saúde.

Não, de todo. A única razão porque recorremos a tribunal é em situações de utentes que precisam de ser inabilitados, ou seja, um utente, por exemplo, que percebemos que tem mesmo de ir para um lar, que não está capaz de emitir a sua opinião e que não há família, por vezes tem conta bancária até, por vezes até tem muito muito dinheiro guardado, mas não há forma de aceder a ele porque a pessoa não está capaz mentalmente, não tem já capacidade de emitir a sua opinião e de resolver as suas questões e portanto aí nós expomos ao Ministério Público precisamente para que seja inabilitado e que assim possa, através de uma pessoa (habitualmente são nomeadas pessoas), que essas pessoas fiquem habilitadas, autorizadas a gerir a vida desta pessoa. Não é muito frequente, mas acontece pontualmente. (AS 1).

A situação citada na fala acima, não obstante não estar relacionada diretamente com o direito à saúde, também é prática no Brasil, denominada de interdição civil, que consiste em uma medida judicial, uma ação de interdição, na qual uma pessoa será declarada incapaz para os atos da vida civil, decorrente a um contexto de saúde com comprometimentos, sendo nomeado um curador.

[...] nós temos uma base, uma organização diferente, felizmente. Não temos propriamente [...] Eu, enfim, e penso que a maior parte de nós, não têm de facto essa ... Não há essa visibilidade, percebe? Não digo que não possa surgir um ou outro caso, mas isso por vezes, enfim, são coisas muito pontuais. Às vezes a interrupção, terminar tipo de medicação [...]. Houve há pouco a questão da interrupção da administração de determinada medicação que até era dada com carácter, enfim, obrigatório e gratuito, portanto, doentes, estamos a falar de algumas franjas de doentes, de doentes que obtinham essa medicação e depois, de repente, foi interrompido, enfim, posso lhe dizer que são casos muito isolados. Nós não temos de facto. E ainda bem. (AS 6).

A profissional AS 6 reforça a não existência da judicialização da saúde em Portugal, porém, evidencia no seu relato que mesmo pontualmente poderia ocorrer interrupções no fornecimento de medicamentos já garantidos à população gratuitamente. Contudo, não ficou claro se haveria por parte dos utentes, como desdobramento, um movimento frente a tais situações mencionadas como pontuais.

Que eu saiba, não. Quer dizer... Só se houve alguma situação que não é o caso, de litígio de alguma dificuldade que tenha corrido mal porque a pessoa deixou de ter acesso... com certeza que deve ter havido muitos casos assim, de pessoas, por exemplo, que estavam sujeitas a avaliações socioeconómicas e que, depois, não foram concedidos os medicamentos e depois a pessoa veio com certeza até colocar uma ação, “como é que eu não tive acesso a um medicamento”. [...] Pode. Sim, mas eu não tenho conhecimento. [...] É uma hipótese, exatamente. Não faço ideia. (AS 4).

Sobre o relato anterior, a entrevistada apontou uma hipótese, mas deixou

claro que não teve conhecimento exato da situação. Também revela situação semelhante a do relato de AS 6, quanto à interrupção de medicamento já fornecido gratuitamente.

Sim, sim. Tive. Não foi há muito tempo a propósito da hepatite que houve aí uma grande história com alguns... eu não estou bem por dentro, mas os meios de comunicação fizeram questão de divulgar. Também não li muita coisa, mas, a dada altura, houve um corte na cedência de medicação para a hepatite. Uma hepatite... não a mais simples, uma hepatite um bocadinho mais... E, portanto, houve... começou por um doente que depois começou a alargar o tal grupo, não é? Em que eles conseguiram que efetivamente que aquele medicamento que dá efeito mais rápido e é muito mais viável fosse. E eles tiveram que recorrer e aparecer nos meios. (AS 3).

Quanto à situação do tratamento da Hepatite C citada pela profissional, refere-se ao medicamento que conta com o princípio ativo *Sofosbuvir*. Consta que houve um movimento inclusive com desdobramentos na mídia e com a participação de grupos de pacientes portadores da Hepatite C, que reivindicavam o fornecimento do medicamento para o tratamento da doença, o qual se caracterizava como um tratamento inovador, com alto índice de cura, porém, com custo muito elevado. Posterior a um período de negociação com a indústria farmacêutica responsável pelo medicamento, houve então a aquisição e distribuição deste a população que necessita⁸⁷.

“Reflexamente, o próprio cidadão português não necessariamente passou a conceber a saúde como o seu direito e dever do Estado, o que produziu reflexos na cultura política de reivindicação de direitos.” (ASENSI, 2013b, p. 175).

Para Asensi (2013b) o desafio dos direitos sociais está relacionado em uma face à previsão normativa como impositivos ao Estado e em outra, ao arcabouço institucional que lhes permita receber a efetividade social. Assim, aponta que tanto no Brasil quanto em Portugal, os direitos sociais assentam “[...] no reconhecimento político de que há classes na sociedade ou, pelo menos, profundas desigualdades cujos efeitos mais drásticos se pretende precisamente neutralizar através desses mesmos direitos.” (SANTOS, 1987, p.19 apud ASENSI, 2013b, p. 178, grifo do autor).

Quanto ao direito à saúde em Portugal, o autor ainda acrescenta ser observada uma “[...] fragilidade institucional que pode influenciar diretamente a cultura e as suas oportunidades políticas de **reivindicação de direitos no país.**”

⁸⁷ Na pesquisa que realizamos acerca do assunto, não localizamos qualquer informação envolvendo a Hepatite C e requerimento judicial.

(ASENSI, 2013b, p. 178, grifo nosso). A ideia de saúde enquanto um dever do Estado, segundo o autor, fora enfraquecida com o tempo, decorrente a influências de empresas privadas e modo de produção europeu.

Essa concepção ampliada de saúde pode ensejar demandas reivindicatórias, mas, em Portugal, essas demandas são muito difusas e praticamente não utilizam as vias institucionais estatais, sobretudo a via judicial, diferentemente do que ocorre no Brasil. Inclusive não é sequer consensual a saúde como direito social em Portugal ou, se há uma concepção de saúde como direito, ela se apresenta de forma fortemente restrita. (ASENSI, 2013b, p. 180).

O autor reforça então a questão de que judicializar a saúde não se configura como uma prática em Portugal, conforme os relatos obtidos no estudo realizado no exterior nos apontaram. Destaca ainda a questão de que a concepção de saúde em Portugal tem uma amplitude ainda restrita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas 'originais', significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, 'socializá-las' por assim dizer; e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato 'filosófico' bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um 'gênio' filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais. (GRAMSCI, 1999, p. 95-96 apud PAIM, 2007, p. 75).

O presente trabalho, como já apontado, não se encontra dissociado da trajetória profissional e acadêmica da autora, a qual também se conecta ao objeto de estudo.

Pretende-se com as últimas reflexões não limitar as possibilidades que surgiram do tema debatido com as considerações aqui apresentadas, mas oferecer reflexões que possam colaborar com a construção de outras pesquisas. A estrutura em que estas se apresentam no momento se organiza seguindo a orientação dos capítulos.

Reconhecem-se os limites do trabalho apresentado e, portanto, das lacunas que não puderam ser aprofundadas, seja por limitação da área ou de tempo hábil, uma vez que o Doutorado fora vivenciado concomitantemente a atuação profissional enquanto assistente social. Acrescenta-se o contexto atual em que profissão está inserida no país, com todas as mazelas desencadeadas, sobretudo, pela desigualdade de um sistema capitalista.

O tema principal objeto de estudo foi a judicialização do direito à saúde, mas para tanto, foram necessárias inicialmente algumas pontuações sobre a Política de Saúde no Brasil, o que possibilitou a identificação da conjuntura do direito à saúde no país e, posteriormente, a reflexão acerca do fenômeno em questão.

A pesquisa realizada no Brasil teve por objetivo analisar a judicialização enquanto uma estratégia para a garantia do direito à saúde, através do estudo de ações judiciais de saúde. A investigação em Portugal permitiu conhecer a realidade de um país com sistema de saúde semelhante ao brasileiro, que não conta com a judicialização da saúde; entretanto, identificou-se que a não utilização da via judicial não poderá ser considerada um indicativo de um sistema de saúde sem problemas.

O direito à saúde é um direito social e requer políticas públicas para a sua efetivação. A trajetória de tal direito no Brasil conta com marco de destaque a Constituição Federal de 1988, consagrando-o como um direito social e um dever do

Estado. Posterior à Constituição, tem-se através da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) a saúde com uma concepção ampliada, no que tange o seu conceito e a criação do SUS, sendo então considerado um direito fundamental, com preconização de garantia pelo Estado.

Todavia, quando retomado o processo de surgimento das políticas sociais e o seu significado na sociedade capitalista, identifica-se que este se encontra alicerçado no papel do Estado e aos interesses determinantes, no caso, do capital.

Pode-se dizer que o contexto histórico da saúde no Brasil é permeado por avanços e retrocessos. Os avanços resultados de movimentos e lutas, com grande destaque ao Movimento da Reforma Sanitária. Já os retrocessos são decorrentes ao ideário neoliberal, com as privatizações dos serviços, incentivo à mercantilização e sucateamento das ações de saúde, os quais impediram o alcance da proposta conquistada constitucionalmente.

No Brasil, as contrarreformas na saúde iniciadas nos anos de 1990 contaram com “[...] contenção dos gastos com a racionalização da oferta por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local; desfinanciamento da saúde.” (BRAVO, 2010, p. 207).

As múltiplas determinações do Estado, dentro do contexto de uma sociedade capitalista, obstaculizam a efetivação dos direitos sociais. Como desdobramento, a judicialização das expressões da questão social através de ações individuais, sendo esta a estratégia encontrada no país pelos cidadãos que carecem de atendimentos em diversas demandas, em específico ao nosso tema de estudos as relacionadas à saúde; apontando para a ineficácia da política social dentro de um Estado neoliberal.

As reflexões acerca do acesso ao direito à saúde com a intervenção do Poder Judiciário obtiveram relevância através de estudos em todo país, por profissionais de diversas áreas; sendo, portanto, alvo de vários debates. Nestes estão presentes também os gestores públicos e sociedade civil.

Dentre os enfoques, há o questionamento do protagonismo do Poder Judiciário quanto à garantia constitucional do direito à saúde. Também é verificada uma visão polarizada dentro das produções científicas acerca do tema judicialização.

A judicialização do direito à saúde é uma expressão da ausência ou insuficiência das políticas públicas e, frequentemente, pode corroborar para uma

equívoca ideia de que o acesso à Justiça se configura como a única alternativa de efetivação do direito à saúde. Também não podem ser desconsiderados os obstáculos e impasses no processo de judicialização.

Um fator de destaque a ser refletido é o de que para se ter acesso ao direito à saúde pelo caminho da judicialização, primeiramente é preciso o acesso à Justiça. Porém, sabe-se não ser realidade no país as oportunidades (com maior facilidade) de acesso à justiça gratuita aos brasileiros que dela necessitam, embora sendo este um direito constitucional.

A judicialização da saúde também é considerada um reflexo de uma possível desorganização administrativa nos serviços públicos de saúde e um alerta para a gestão dos mesmos. São verificados esforços no sentido de minimizar o crescimento da judicialização no Brasil e, o que se tem observado com maior amplitude é a criação de comissões interdisciplinares, as quais colaboram para o fortalecimento do diálogo entre os protagonistas envolvidos com a judicialização e outros profissionais que podem auxiliar nas questões.

Dentre as críticas à judicialização, também se observa as relacionadas à questão das políticas públicas serem substituídas por decisões judiciais, através de uma transferência da responsabilidade de efetivação do direito à saúde ao Poder Judiciário, que segundo estudiosos estaria desencadeando uma alteração no preconizado constitucionalmente e, atribuindo ao Poder Judiciário a decisão sobre quem tem ou não o direito, alterando a substância do conceito de saúde previsto na Constituição de 1988.

Embora a judicialização possa promover o atendimento do que é preconizado constitucionalmente quanto à saúde, por outro lado, é uma vertente apenas focada na consequência do problema de saúde pública no Brasil, mas não na sua origem. É importante a compreensão da judicialização como um desdobramento e não como a causadora, sendo vista por muitos como uma vilã que deve ser suprimida.

As demandas judiciais de saúde são individuais, o que então reforça a desigualdade no acesso. Uma luta individualizada não promoverá resultados na amplitude da sociedade.

A questão é que o fenômeno da judicialização poderia sustentar ações mais substanciais, de modo a promover alguma alteração no quadro atual, com o enfrentamento de forma condizente ao atendimento do preconizado constitucionalmente em relação ao direito à saúde. Assim, é de suma importância o

protagonismo de uma política de saúde no país firmada em um caráter universalizante.

Não obstante às críticas a judicialização da saúde no Brasil, já apontadas no capítulo específico, importante a ressalva de que se partiu do pressuposto de considerar o fenômeno como um movimento que tem se apresentado como única “luz no fim do túnel” para muitos cidadãos brasileiros, portadores de diferentes moléstias de saúde, em diversos níveis de gravidade/complexidade e, que não vislumbram alternativas além de recorrerem ao Poder Judiciário. Em um caráter simplista, pode-se então considerar a judicialização como um “mal necessário”.

Entende-se que a centralidade da questão deverá estar respaldada no ser humano, na intenção de que lhe seja assegurado o necessário à sua saúde, logicamente, sem o escopo utilizado pelo capital, como o apontado acerca dos interesses da indústria farmacêutica na judicialização da saúde. Para isso, necessária a atenção não só dos atores envolvidos no contexto das ações, mas daqueles que poderiam ser chamados de “coadjuvantes”, que ofereçam conhecimento, articulação e estratégias para suprimir os casos identificados como unicamente guiados pelos interesses do capital.

Um caminho que se considera válido seria o levantamento das ações judiciais, através da realização de um estudo quantitativo e regional, de modo a serem correlacionadas as necessidades em saúde de cada região. Sabe-se que tratamentos e medicamentos solicitados judicialmente já foram inseridos em listas oficiais de fornecimento, posterior a identificação de sua predominância em pedidos judiciais.

A sugestão é a de utilizar-se da judicialização para a análise de dados concretos. Por exemplo, o que é preconizado e está indisponível e o que ainda não é preconizado, contudo, com realidade que aponta necessária a preconização. Assim, contribuindo para o aprimoramento da política pública de saúde, em especial, a da assistência farmacêutica, para que esteja então alinhada com as atuais demandas apresentadas.

Com relação ao estudo documental referente à judicialização da saúde, realizado na Comarca de Franca, este apontou nos resultados uma complexidade e amplitude nos pedidos judiciais, embora alguns tenham se repetido, constam desde fraldas a tratamentos modernos (medicamentos biológicos ou bomba de infusão para o Diabetes).

Os dados também apontaram para um número significativo de pessoas que recorreram à judicialização sendo portadoras de morbidades graves, com incidência de destaque para o câncer, que se encontra entre as maiores causas de mortes no mundo.

Salienta-se que a realidade estudada contempla uma região que pertence a um dos estados mais desenvolvidos do país, ou seja, não se pode concluir que o observado em relação à judicialização, sobretudo, quanto ao acesso à justiça, como já dito anteriormente, seja algo que se estenda a todas as regiões brasileiras. São evidentes as desigualdades no Brasil quanto ao acesso à saúde.

Um ponto que se considera relevante de destaque é de que a questão não se encerra em haver ou não tratamentos disponíveis gratuitamente, mas sim se há outros mais modernos devido aos avanços científicos. Há que se pensar que, inobstante não termos conhecimento médico para tal, diante dos estudos teóricos realizados, observa-se que muitas vezes as opções por protocolos disponíveis nem sempre estão respaldadas por uma tecnologia em saúde, mas por uma economia quanto aos gastos públicos.

Portugal e Brasil enfrentam as consequências de um processo tardio de implantação das suas políticas de proteção social, assim como vivenciam contextos econômicos e sociais complexos, os quais impõem ao Serviço Social e demais profissões um desafio cotidiano de busca da garantia do acesso dos cidadãos aos direitos, no caso, o de saúde.

No Brasil e em Portugal, na década de 1990 “[...] assiste-se a sucessivas alterações no sistema de saúde, com o argumento de falta de recursos por parte do Estado” (BRAVO, 2010, p. 207), as quais objetivaram privatizações das políticas sociais e retirada dos direitos sociais, portanto, atingindo a política de saúde.

Agora, também é verdade que, nos últimos anos, começa a ser evidente alguma mudança no que respeita à população que recorre ao Serviço Social. Nós já não temos só o caso extremo. Começamos a ter uma nova realidade que, pensamos nós, que é de facto reflexo também das mudanças que têm ocorrido ao nível dos últimos anos na sociedade em virtude provavelmente da crise económica, da crise que tem sido, enfim, transversal [...]. Há uma recessão mundial e, sobretudo que afetou muito os países da Europa. (AS 5).

A “gratuidade” da saúde do SNS é diferente do SUS, uma vez que em Portugal há as chamadas taxas moderadoras. Outro aspecto presente na legislação atual de saúde portuguesa é a questão da disponibilidade financeira, que conforme

já apontado, é possível então de se relacionar com um dos argumentos utilizados contra a judicialização da saúde no Brasil, que é o “Princípio da Reserva do Possível”.

Quanto a Portugal, confirmou-se a hipótese inicial de não haver judicialização da saúde no país, sendo revelado pelas profissionais entrevistadas os caminhos do acesso à saúde. Contudo, para uma complementação da análise e outras reflexões, identificou-se relevante a realização de um estudo com os usuários dos serviços de saúde, os denominados no país de “utentes”, de modo a certificar a satisfação deles com relação ao SNS. Obteve-se a ótica profissional, mas não a dos usuários.

Tratando-se de pontos congruentes entre Brasil e Portugal, salienta-se que os dados obtidos não levam a crer que a totalidade dos usuários de saúde, em ambos os países, seja por estratégias ou caminhos diferentes (judicialização ou administrativamente) têm o seu direito à saúde garantido, ou o seu direito garantido no tempo hábil, no tempo em que a sua condição de saúde lhes exige, lembrando que “a saúde não espera” e a urgência é muitas vezes intrínseca à necessidade pleiteada.

No Brasil e em Portugal, a materialização de direitos sociais, no caso a saúde, dentro dos moldes constitucionalmente estabelecidos por cada país, não atinge a sua efetividade, decorrente a vários obstáculos impostos à sua prática, entre eles, influências dos organismos internacionais e posições ideológicas contrárias.

As alterações na legislação portuguesa, sobretudo a de 1989, fizeram com que fosse aberta uma janela constitucional, com desdobramentos no SNS, propiciando assim maior intervenção do setor privado, inclusive, na gestão. Tais questões atualmente assombram o SUS e a Frente Nacional Contra a Privatização da saúde é um dos atores de luta nesse contexto.

Como desafios para ambos os países ressaltam-se a importância da ampliação da mobilização e a organização dos movimentos sociais, bem como a valorização da consciência sanitária para o aprofundamento da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura, a fim de resistir à crise estrutural do capitalismo com um movimento contra-hegemônico para superar a barbárie social da sociedade burguesa e caminhar para uma nova ordem social, antiliberal e anticapitalista. (BRAVO, 2010, p. 218- 219).

Caminhando para a conclusão das reflexões finais, recupera-se o questionamento central que motivou este estudo: “a população de fato tem

assegurado o seu direito constitucional de saúde pela via judicial?”. Dentro do nosso recorte de análise sim, porém, a resposta não se restringe a sim ou não. Há que se fazer um aprofundamento, ou seja, se o tempo de resposta está compatível à necessidade.

Quando se refere ao tempo de resposta, este se relaciona ao Poder Executivo, uma vez que como já apontado no capítulo 3, a resposta do Judiciário se mostrou célere. Contudo, é uma questão que será deixada para estudos futuros com tal objetivo e, o acompanhamento dos casos após a concessão do medicamento ou tratamento por via judicial seria uma sugestão, de modo a compreender se o tempo de resposta tem se mostrado favorável. Identifica-se assim como um limite no estudo realizado.

O que cabe dizer é que a judicialização não é o caminho ideal, ela está “composta” de lacunas, algumas das quais refletidas no presente. Todavia, no momento, diante de todo o contexto do país, entende-se ser uma ação necessária, mas que não deve ser passível de “acomodação”.

Ressalta-se a importância de que seja assegurado aos cidadãos brasileiros o acesso igualitário e universal, assim como o atendimento integral à saúde. Há que se considerar melhorias na política do âmbito da assistência farmacêutica e quanto à aplicabilidade dos recursos às políticas de saúde, em tempos de exacerbada corrupção, sucateamento e desmonte do conquistado nos últimos anos.

No período de construção da tese, teve-se conhecimento através da mídia do caso de um idoso de 63 anos, que durante cinco dias passou por três hospitais, percorrendo 150 km em todo período com muita dor, sem a realização do exame necessário para o diagnóstico de seu problema (Tomografia Computadorizada), após ter sofrido uma queda.

O idoso passou dois dias internado, mas foi lhe dada alta sem o diagnóstico e ele retornou para casa. No dia seguinte, foi internado novamente em um terceiro hospital, mas diante da gravidade do caso, o seu óbito ocorreu horas depois da segunda internação, sem a realização do exame citado.

A saúde não espera! Conforme visto a judicialização pode ser uma estratégia, mas acredita-se que para casos de urgência não se apresenta como alternativa viável. Desde a decisão pelo ingresso com a ação judicial até a resposta do Poder Executivo há um prazo, que não é curto. Sendo assim, fica então o questionamento quanto às demandas de urgência, de qual seria a alternativa?

Salienta-se que a população sem poder aquisitivo também tem o direito a se propiciar de tecnologias em saúde.

As inovações quanto ao direito à saúde no pós 1988 trouxeram mudanças muito significativas quanto à previsão legal de tal direito, que vão ao encontro do Projeto Ético-Político do Serviço Social; por outro lado, representam um desafio profissional, de zelar para que os direitos sejam efetivados dentre os quais, o da saúde.

Entende-se que se faz relevante o posicionamento enquanto categoria profissional acerca do fenômeno da judicialização, o qual se mostra como alternativa diante da conjuntura em que se encontra o Brasil.

Não houve a pretensão de esgotar a discussão voltada ao tema ou de oferecer um parecer final quanto ao mesmo; e, segundo CORREIA (2007a), na conjuntura atual é indispensável retomar os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, em seus valores originais, uma vez ser um projeto que ainda vive e, que também ocorra uma articulação das forças políticas que exercem a representatividade das classes subalternas em seus interesses. Um projeto societário, que busque o rompimento com os organismos financeiros internacionais, assim como a lógica que os regem, que é a lógica do capital.

Como já apontado, são vários os estudos de judicialização da saúde no país, que podem então oferecer subsídios à construção de alternativas conjuntas/multiprofissionais, sendo este o caminho. Sugere-se ainda, dentro da perspectiva do Controle Social, a participação de integrantes da sociedade.

Frequentemente ouve-se “O SUS é para os pobres”, para aqueles que não têm opção ou recursos financeiros; contudo, não obstante ao contexto atual da saúde no país, grandes tratamentos de complexidade são assumidos pelo SUS. Essa é uma realidade que poucos reconhecem. Porém, a busca pela efetividade do direito à saúde, conforme preconiza a conquista constitucional de 1988, nos desafia duramente, dentro da conjuntura de desmonte de nosso sistema de saúde, com fortes interesses que almejam a sua extinção.

REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. **Revisão de categorias de isenção e atualização de valores das taxas moderadoras**. Lisboa, abr. 2016.

Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/FAQ_taxas-moderadoras_Abril-2016-05-05.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2018.

AGUINSK, B. G.; ALENCASTRO, E. H. Judicialização da questão Social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. **Katálisis**, Florianópolis, SC, vol. 9, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v9n1/a02v9n1.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

ALCOFORADO, M. G. Elaboração de projetos de pesquisa. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

ALVES, C. L. A saúde como um direito fundamental difuso. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3595, 5 maio 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/24337/a-saude-como-direito-fundamental-difuso#ixzz2SWd5Q99E>>. Acesso em: 12 fev 2018.

ANTUNES, R. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

ARRUDA, S. C. Análise sobre a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. **Cadernos Ibero-Americanos de Direitos Sanitários**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 86 -111, jan./mar, 2017. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/308>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

ASENSI, F. D. Judiciário e estratégias de efetivação do direito à saúde no Brasil e em Portugal. **Revista Via Iuris**, México, n. 14, p. 11-21, jan./jun. 2013a. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273929754002>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. **Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação**. Curitiba: Juruá, 2013b.

_____. Saúde, poder judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 801-820, jul./set. 2013c. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300008>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____.; PINHEIRO, R. (Coord.). **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BARROSO, L. R. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 240, p. 1-42, abr. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43618>>. Acesso em: 8 out. 2017.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade a judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/516>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

BARROCO, M. L. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

BEHRING, E. R. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: **Capacitação em Serviço Social e política social: o trabalho do assistente social**. Módulo 3. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta Continuada a Distância, 2000. p. 19-40.

_____; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica/Serviço Social, 2).

_____.; _____.; SANTOS, S. M. M. S. Questão social e direitos. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

BERTANI, I. F. et al. (Org.) **Pacto pela saúde: conversando sobre o SUS**. Franca: UNESP/FHDSS, 2010.

_____; SARRETA, F. O.; SILVA, E. As Políticas Públicas de Saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Saúde em Franca. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 16, n. 1, p. 81-103, 2007. Disponível em: <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/90>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BITTENCOURT, G. B. O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 102-121, jan./mar. 2016.

BOTELHO, R. F. **A judicialização do direito à saúde**. Curitiba: Juruá, 2011.

BOURGUIGNON, J. A. O processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 41-52, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/71/69>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 out. 2017.

BRASIL. Lei n. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 06 maio 2017.

_____. Lei 8142, 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 27 jun. 2018.

_____. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 18 out. 2017.

_____. Lei n. 10.858, de 13 de abr. de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 abr. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de maio de 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. Lei n. 12.401, de 28 de abr. de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em: 27 jul. 2018.

_____. Decreto 7.508, 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Lei n. 12.550, de 15 de dez. de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 2011c. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>. Acesso em: 4 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**. Brasília, DF, 2011d. (Coleção para entender o SUS, v. 4). Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1381-assistencia-media-e-alta-complexidade-para-entender-a-gestao-do-sus-v-4-1&category_slug=colecacao-entender-a-gestao-do-sus-264&Itemid=965>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Decreto n. 7.646, 21 dez 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2011e. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/28/DECRETO-7646-CONITEC.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Lei n. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013a.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm> Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Emenda Constitucional n. 90, de 15 de setembro de 2015. Dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal, para introduzir o transporte como direito social.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 16 set. 2015a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2015/emendaconstitucional-90-15-setembro-2015-781520-publicacaooriginal-148098-pl.html>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

_____. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2015b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm>. Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Lei n. 13.269, de 13 de abril de 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 abr. 2016a. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13269-13-abril-2016-782885-publicacaooriginal-150083-pl.html>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 de jan. de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____. Emenda Constitucional, n. 95 de 15 de dez. de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá

outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2016b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Lei 8.662, 07 jun. de 1993. Regulamentação da profissão. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____.; MATOS, M. C. Projeto Ético –Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2009.

_____. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 205-221, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a02n102.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

_____.; MENEZES, J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

_____.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum Debate**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0085.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p.5-8, jan./mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0005.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

CAMPOS NETO, O. H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/04.pdf>>. Acesso em: 4 Fev. 2018.

CAMPOS NETO; GONCALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface: Comunicação, Saúde e**

Educação, Botucatu, v. 22, n. 64, p.165-176, jan./ mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160314.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

CARDOSO, M. J. F. **Ação social dos municípios portugueses: potencialidades e limitações**. 2012, 281f. (Tese de doutorado em Serviço Social). Instituto Universitário de Lisboa, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6346/1/Tese%20Julia%20-%20Formatada.v50.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

CARRIJO, D. **Interpretações da Hipertensão arterial sistêmica em grupo de apoio**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2008.

CARVALHO, G. Saúde: O tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. **Saúde em Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 99-104, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345217012>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas. **Interface – comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 737-748, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400737&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 maio 2018.

CARVALHO, M. S. N. Entre o direito e a saúde: contribuições ao debate da judicialização da saúde para crianças e adolescentes cronicamente. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.3, p.421-429, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/05.pdf>>. Acesso em: 4 fev 2018.

_____. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS. **Novas Consultas Públicas são publicadas pela Conitec**. [Brasília, DF], 26 set. 2017. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/novas-consultas-publicas-sao-publicadas-pela-conitec>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução n. 383, de 29 mar. de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2017.

_____. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 107, 06 abr. 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 abril de 2010a. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resoluo-n107-06-04-2010-presidencia.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução de n. 125, 29 nov. 2010. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, n. 219, 1º dez. 2010b, p. 1-14. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2579>>. Acesso em: 15 maio 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 1997. Disponível em: <http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O Futuro dos Sistemas de Saúde Universais em Pauta. **Revista Consensus**, Brasília, DF, ano 8, n. 27, abr./jun. 2018. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-27-abril-maio-e-junho-de-2018/>>. Acesso em: 9 jul. 2018.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Revista Temporalis**, Florianópolis, ano 7, n. 13, p. 11-38, jan./jun. 2007a.

CORREIA, T. O lugar dos grupos de auto-ajuda na configuração do estado-providência. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n. 55, p. 117-141, set. 2007b. Disponível em < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n55/n55a07.pdf> >. Acesso em: 26 maio 2018.

CRISOSTOMO, S. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: saúde. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. esp., p. 33- 48, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/nesp1/nesp1a04.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2018.

DELDUQUE, M. C.; CASTRO, E. V. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 506-513, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00506.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2018.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICO. **Pesquisa nacional da cesta básica de alimentos**: salário mínimo nominal e necessário: 1994 a 2018. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2014>>. Acesso em: 29 de abril de 2018.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 13, n. 28, p. 41 - 80, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/5621/4669>. Acesso em: 10 maio 2017.

FALAVINHA, D. H. S. **A judicialização da saúde e o controle judicial de políticas públicas**: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira. 2013. 193f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2013.

FALEIROS, V. P. Desafios do Serviço Social na era da globalização. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 61, p. 152-186, 1999.

FERNANDES, J. A. T. **RSI: inserção ou dependência?** 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Lusíada de Lisboa, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/491/1/mss_jose_fernandes_dissertacao.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

FIGUEIREDO, M. F. **O Sistema Único de Saúde e o princípio da sustentabilidade**: interconexões e perspectivas acerca da proteção constitucional da saúde. 2013. 43 f. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4223/1/449234.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/RSD_v36n93.pdf> Acesso em: 15 jan. 2018.

_____; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: CEBES : Fiocruz, 2012.

FORTES, S. B. **Direito da seguridade social**: prestações e custeio da previdência, assistência e saúde. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

FRANÇA, A. **Esperança média de vida perto dos 90 anos em mais de 35 países**. *Observador*, Lisboa, 22 de fev. 2017. Disponível em: <<https://observador.pt/2017/02/22/esperanca-media-de-vida-perto-dos-90-anos-em-mais-de-35-paises/>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, ano 11, n. 49, 31 jan. 2008. Seção Processual civil. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em: 14 jul. 2018.

GASPARDO, M. Judicialização do fornecimento de medicamentos: entre a concretização e a violação do direito à saúde. In: DUARTE NETO, J. (Org.). *Temas de direito público*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. v. 3. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/266908837>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

GOMES, P. S. Acesso à saúde contemporâneo no Brasil e em Portugal como um direito social. **Revista Científica Vozes dos Vales**, Diamantina, ano 3, n. 6, p. 1-25, 2014. Disponível em: <<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2014/10/Acesso-%C3%A0-sa%C3%BAde-contempor%C3%A2neo-no-Brasil-e-em-Portugal-como-um-direito-social.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

GUERRA, Y. G. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social**: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. mod. 4. Brasília, DF: CEAD : UNB, 2000.

_____. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

HASS, H. D. **Efeitos distributivos da judicialização da saúde**: O estudo do caso do município de Franca/SP na perspectiva da teoria dos sistemas autopoieticos e do ciclo de políticas públicas. 2017. 133f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de População**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

INTERFARMA. **Entendendo os Medicamentos Biológicos**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/34-biologicos-site.pdf>>. Acesso em: 01 jul 2018.

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. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 15, supl. 1, p.1665-1672, Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/078.pdf>>. Acesso em: 01 Jul. 2018.

LIPORONI, A. A. R. C. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde: estudo das realidades do Brasil e Espanha**. 2010. 253f. (Tese de Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Franca, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106131>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa**. São Paulo: EDUC, 1999.

MACHADO, F. R. S. **A Judicialização da Saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias**. 2010, 185f. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social. Disponível em: <http://www.btdt.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2010-09-02T111541Z-881/Publico/Machado,%20Felipe.pdf>. Acesso em: 12 fev 2018.

MACIEL, V. Ministro da Saúde apresenta desafios da judicialização, em Portugal. **Portal da Saúde**, abr. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa/noticias-aisa/28140-ministro-da-saude-apresenta-desafios-da-judicializacao-em-portugal>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

MELO, A. L. A. A judicialização do Estado Brasileiro, um caminho antidemocrático e monopolista. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 52, 1 nov. 2001. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2408>>. Acesso em: 25 mar 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010a.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 set. 1998a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html>. Acesso em: 14 jun. 2018

_____. Portaria n. 3.916, de 30 out. 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998b. Disponível em:

<http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, maio 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. Portaria nº 399, 22 de fev. 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. (Revogada pela PRT nº 874/gm/ms de 16.05.2013). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de maio de 2005. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em: 11 maio 2018.

_____. Portaria n. 2.583, de 10 de out. de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de outubro de 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. **Indicadores e Dados Básicos do Brasil 2012**. Indicadores de Mortalidade. Brasília, DF: SIM, 2012. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>. Acesso em: 08 jul. 2018>. Acesso em 6 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de recomendações: Cetuximabe para o tratamento em primeira linha de pacientes com câncer colorretal metastático com expressão de EGFR, sem mutação do gene RAS. Brasília, DF, out./ 2015. (n. 181). Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_Cetuximabe_Colorretal_final.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 199, 30 de jan. 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 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html>. Acesso em: 9 jul. 2018.

_____. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 maio de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. Portaria n. 10, de 21 de fev. 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, seção 1, n. 38, Brasília, DF, 22 fev. 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/relatorios/portaria/2017/portariassctie-09e10_2017.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____. Relatório de recomendações - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de recomendações. Omalizumabe para o tratamento da asma alérgica grave. **CONITEC**, n. 219, jul./2016, Brasília/DF, 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Omalizumabe_Aasma_Grave_final.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2018.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. **Atenção especializada e hospitalar**: especialidades. Oncologia. Tratamento e reabilitação. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/oncologia/tratamento-e-reabilitacao>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de recomendações - Enoxaparina para gestantes com trombofilia, **CONITEC**, n. 335, jan. 2018, Brasília/DF, 2018b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_Enoxaparina_Gestantes_Trombofilia.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Brasília, DF, 2018b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria n. 10, de 24 de janeiro de 2018. Brasília/DF, 2018c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/resolucoes/39-sctie/18438-portaria-n-10-de-24-de-janeiro-de-2018>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p.61-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2018.

MONTESQUIEU, C. L. S. **O espírito das leis**: as formas de governo, a federação, a divisão dos poderes. Tradução e notas de Pedro Vieira Mota. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MUNHOZ, D. E. N. Entre a universalidade da teoria e a singularidade dos fenômenos: enfrentando o desafio de conhecer os fenômenos. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 25-40, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/70/68>> Acesso em: 10 out. 2017.

NAKAMURA, F. C. **A judicialização da saúde e a atuação do ministério público no sistema de fornecimento gratuito de medicamentos na região de ribeirão preto**. 2017. 146f. (Dissertação de mestrado em políticas públicas). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2017.

_____. Crise do capital e consequências societárias. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300002>. Acesso em: 01 abr. 2018.

NOVELINO, M. **Direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Método, 2008.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). s/d, Portugal. Disponível em: <<http://opss.pt/quem-somos/#1527621372369-7ebd8992-6af2>>. Acesso em 17 jul 2018

_____. **Relatório de primavera 2017**: viver em tempos incertos – sustentabilidade e equidade na saúde. Disponível em: <<http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2017/>>. Acesso em: 11/07/2018.

OLIVEIRA, L. F. **O direito à saúde e a judicialização**: apontamentos sobre o acesso. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 23 a 25 de outubro de 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180015/101_00315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio 2018.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão crítica. 2007, 300f. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, set. 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

PAULO NETTO, J. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 1, p. 202-222, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/2028/2717>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

_____. **O que é marxismo**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo I: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília, DF, CEAD, 1999.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 15, n. 5, p. 2405-2414, Jan./Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun 2018.

PEREIRA, J. D. **Os três poderes**: comentários, conflitos e história. Campinas: Impactus, 2008.

PIERRO, B. Demandas Crescentes. **Revista Pesquisa Fapesp**, ano 18, n. 252, fev. 2017, p. 18-25, São Paulo: FAPESP, 2017. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2017/02/10/demandas-crescentes/>>. Acesso em: 13 jun 2016.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, Maio 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1511.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

PINCHA, J. P. Observador. Luzes, bolo rei, animação: quanto custou o natal das autarquias?. O natal em Lisboa – **Mapa Área Metropolitana de Lisboa**, 08 jan. 2016. Disponível em: <<https://observador.pt/especiais/luzes-bolo-rei-animacao-quanto-custou-natal-as-autarquias-empresas-publicas/>>. Acesso em: 10/07/2018.

PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa, de 02 de abril de 1976. Comissão Nacional de Eleições, Portugal. Disponível em: <http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_pt_2005.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

PORTUGAL. Lei n. 56, de 15 setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. **Diário da República**, Lisboa, I Série, n. 214, 15 set. 1979. Disponível em: <<https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>> Acesso em: 09 set. 2016.

_____. Decreto Lei n. 57, de 20 de março de 1986. Regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Promulgado em 06 de março de 1986. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/14463/decreto-lei-57-86-de-20-de-marco#text>. Acesso em: 05 jun. 2018.

_____. Lei n. 48, de 24 de agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. **Diário da República**, Lisboa, I Série, n. 195, 24 out. 1990. Disponível em: <<https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Decreto-Lei n. 173, de 01 de agosto de 2003. **Diário da República**, 1ª Série A, n. 176, p. 4537 – 4538. Disponível em: <<https://dre.pt/application/conteudo/652284>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

_____. Decreto-Lei n. 90, de 20 de abril de 2004. Altera os Decretos-Leis n. 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano, e 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação no preço dos medicamentos. INFRAMED – Gabinete Jurídico e Contencioso. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1068535/036-A-DL_90_2004_0.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Lei n. 4, de 16 de janeiro de 2007. Aprova as bases gerais do sistema de segurança social, **Diário da República Eletrónico**, 1ª série, n. 11, 2007, p. 345 – 356. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/38295/LEI_4_2007/c554d492-8dd4-476d-9b2d-a77d318b6b57>. Acesso em: 22 jul. 2018.

_____. Estatuto da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. **Diário da República Eletrónico**, 1ª série, n. 235, 3 de dezembro de 2008, p. 8.629 - 8638. Disponível em: <[http://imgs.santacasa.viatecla.com/share/2016-03/2016-03-07145931_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056eef44c33\\$\\$72f445d4-8e31-416a-bd01-d7b980134d0f\\$\\$7C2DC30C-FC2A-4A68-9486-202B4DA489D3\\$\\$storage_image\\$\\$pt\\$\\$1.pdf](http://imgs.santacasa.viatecla.com/share/2016-03/2016-03-07145931_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056eef44c33$$72f445d4-8e31-416a-bd01-d7b980134d0f$$7C2DC30C-FC2A-4A68-9486-202B4DA489D3$$storage_image$$pt$$1.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2018.

_____. Portaria n. 198, de 18 de maio de 2011. Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição electrónica de medicamentos. INFRAMED – Gabinete Jurídico e Contencioso. Legislação Farmacêutica Compilada. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1068535/044_Port_198_2011_1ALT_REV.pdf>. Acesso em 17 jun 2018.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Taxas moderadas. Atualizado em 26 de setembro 2017. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/taxas-moderadoras/>>. Acesso em 10 maio 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**. Franca, s/d. Disponível em: <<http://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/padronizacao-municipal-de-medicamentos-saude-14>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde. Resolução CFT n. 19/ 2011**. Dispõe sobre a implantação do programa municipal de distribuição de fraldas descartáveis. Franca, SP, 2011. Disponível em: <<http://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/fraldas-descartaveis-saude-29>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021 - Objetivos e metas para CMS**. Franca, 09 mar. 2018. Disponível em: <http://www.franca.sp.gov.br/portal/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=4683:plano-municipal-de-saude-2018-a-2021-objetivos-e-metas&Itemid=669>. Acesso em: 04 jul. 2018.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 2008.

RAVAGNANI, C. L. C. **A frente nacional contra a privatização da saúde: direito garantido, não se compra, não se vende**. 2013. 247f. (Tese de doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2013.

RIBEIRO, D. S. **O Direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?**. 2014, 167f. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, out. 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2014/01/danielle_ribeiro.pdf>. Acesso em: 01 jul 2018.

RODRIGUES, J.; SANTOS, A. C.; TELES, N. **A Financeirização da Economia Portuguesa**. 2º Relatório Anual – Resumo. Observatório sobre Crises e Alternativas. Centro de Estudos Sociais. Universidade de Coimbra: Editora Actual, 2016. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/IIRelatorio_crisalt_resumo.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA. Lisboa, [2018]. Disponível em: <<http://www.scml.pt/>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, vol. 29, n. 2, p.138–44, 2011.

Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/rpsp/v29n2/a10v29n2.pdf>. Acesso em: 03 mai 2018.

SANTOS, J. S. **“Questão social” particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012. (Coleção Biblioteca Básica/Serviço Social, 6).

SANTOS, M. F. **Rendimento social de inserção, um caminho para a empregabilidade**: estudo de caso no distrito de Lisboa. 2014. 174f. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas). Universidade de Lisboa. 2014. Disponível em:

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/7979/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_completo.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2018.

SANTOS, S. A.; MARQUES, J. F. O rendimento social de inserção e os beneficiários ciganos: o caso do concelho de Faro. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Número temático – Ciganos na Península Ibérica e Brasil: estudos e políticas sociais, 2014, p. 37-56. Disponível em:

<<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/5731>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

SANTOS, E. C. B. et al. Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Texto & contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 27, n. 1, 22 mar. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de jun. 2018.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. 233f. (Tese de Doutorado em Serviço Social). Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2009.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2018.

SEGURANÇA SOCIAL. Lisboa, 2018. Disponível em: <<http://www.seg-social.pt/inicio>>. Acesso em: ago. 2018.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. Lisboa, 2017. Disponível em:

<<https://www.sns.gov.pt/>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

SIERRA, V. M. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **Revista katálisis**, Florianópolis, vol. 14, n. 2, p. 256-264, jul./dez. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802011000200013&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 jul 2018.

SILVA, M. J. S. et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. In: INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 63, n. 03, p. 177-187, 2017. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/rbc/n_63/v03/pdf/03-artigo-politica-de-atencao-ao-cancer-no-brasil-apos-a-criacao-do-sistema-unico-de-saude.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DA JUSTIÇA (SAJ). Disponível em: <<http://www.sajdigital.com.br/o-saj/>>. Acesso em: 20 de março de 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Institucional: quem somos: Regiões Administrativas Judiciárias.** São Paulo, [2018]. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/QuemSomos/QuemSomos/RegioesAdministrativasJudiciarias>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Resolução 560, de 2012. **Diário da Justiça Eletrônico**, São Paulo, 8 mar. 2012. Disponível em: <<https://arisp.wordpress.com/2012/03/19/tjsp-resolucao-5602012/>>. Acesso em: 16 de abril 2018.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de química de São Carlos. Portaria IQSC 1.389/ 2014. Determina procedimentos administrativos quanto à produção, manipulação e distribuição de medicamentos e outros compostos no IQSC. São Carlos, SP, 10jul. 2014. Disponível em: <<http://www5.iqsc.usp.br/files/2015/09/Portaria-distribuicao-de-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

VALDUGA, T.; FERREIRA, J. A Assistência Social em pauta: os constrangimentos para o Serviço Social no Brasil e em Portugal. In: CONSERVA, M. S.; ALVES, J. M.; SILVA, E. L. P. (Orgs.). **A gestão da proteção social em debate.** [livro eletrônico]. João Pessoa: Editora do CCTA, 2016. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/wp-content/uploads/2017/04/ebook-tematico-1_a-gestao-da-protecao-social_concluid.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

_____; CALMON, T. D.; SANTOS, C. P. C. Os Sistemas de Proteção Social em Portugal e no Brasil: Uma agenda para o Serviço Social. **Revista de investigaciones en intervención social.** Trabajo Social Global. vol. 7, n. 12, p. 25-46. Enero-junio, 2017. Disponível em: <<http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/issue/view/434>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2018.

VIANNA, L. W. O ativismo judicial mal compreendido. **Boletim CEDES**, Rio de Janeiro, jul./ago. 2008, p. 03-05. Disponível em: <<http://www.cis.puc-rio.br/cis/cedes/>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social.** 3. ed. São Paulo. Cortez, 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Pesquisa Documental na Comarca de Franca

1. Data do requerimento judicial: _____

2. Houve o fornecimento? () sim () não.

3. Data do despacho determinando o fornecimento: _____

4. Identificação:

Idade do (a) autor (a) da ação: _____ Sexo: () masculino () feminino

Renda Familiar: _____

Composição Familiar: _____

5. Condição de Saúde:

5.1 Enfermidade(s): _____

5.2 Tratamento/Procedimento/ Medicamento solicitado: _____

6. Serviço no qual realiza o tratamento:

() Sistema Único de Saúde.

() Atendimento Particular.

() Convênio Médico.

7. Custo do medicamento/tratamento solicitado:

() total

() mensal

() outros: _____

Valor: _____

8. Requerimento via: _____

9. Outras informações relevantes: _____

APÊNDICE B Termo de Consentimento Informado



EGAS MONIZ

Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, ____ de ____ de 2017.

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Projeto de Investigação subordinado ao Tema “*O Serviço Social frente à efetivação do direito à saúde em Portugal*”, que está a ser realizado pela doutoranda Danila Carrijo, bolsista do Programa CAPES do Brasil, estão a ser efetuadas Entrevistas a profissionais de Serviço Social a exercer na área da saúde. Esta componente do estudo, em Portugal, decorre sob a orientação científica da Doutora Noémia Mendes Lopes, e sob o enquadramento institucional do Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM) em parceria com o CIES-Instituto Universitário de Lisboa.

A informação a recolher por Entrevista é registada de modo **confidencial** e destina-se, exclusivamente, a tratamento estatístico e/ou qualitativo, no âmbito científico do referido projeto. A eventual publicação de excertos das entrevistas será feita sob **anonimato dos entrevistados e das instituições em que estes exercem**.

As entrevistas são gravadas e posteriormente transcritas, na estrita observância da confidencialidade e anonimato descritos.

ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido/a sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante)

APÊNDICE C - Guião de Entrevista Semiestruturada

Parte A – Percurso Profissional

1. Comente sobre a sua trajetória profissional no Serviço Social.

Parte B – Perfil da população atendida na instituição (pelo Serviço Social)

Considerando o contexto de trabalho atual

2. 1- Sobre o perfil das pessoas que procuram ou são encaminhadas para atendimento junto ao Serviço Social.

Geral: faixa etária, sexo, grau de instrução (em média);

Socioeconômico: empregados, desempregados, reformados, se é o único provedor do lar, se residem em casa própria, número médio de integrantes do grupo familiar, rendimentos econômicos (per capita) em média, se recebem apoio da ação social (citar quais programas);

2.2- Os problemas apresentados;

Quanto ao nível de vida, oportunidades, solicitações (quais), frequência de solicitações referentes ao acesso a medicamentos e tratamentos de saúde,

2.3. Soluções disponibilizadas;

Pela categoria profissional (quais?); pela Ação Social; pelo governo, programas sociais existentes, setores específicos de atendimento, critérios existentes para a disponibilização.

2.4. Dificuldades enfrentadas;

Para o atendimento da demanda;

Parte C - Disponibilização de medicamentos e tratamentos de saúde

3.1. Tipo de problemas;

(Doenças mais comuns; medicamentos/tratamentos frequentemente solicitados; medicamentos/tratamentos de alto custo?; medicamentos inovadores do mercado?, Tempo de espera para o acesso/disponibilização.

3.2. Tipo de intervenção do assistente social

Encaminhamentos, orientações, recursos disponíveis para a problemática;

3.4. Eventuais situações de Judicialização da Saúde em Portugal:

Tipo de intervenção do assistente social;

Experiências na primeira pessoa.

4. Sobre o Sistema Nacional de Saúde (SNS):

Insuficiências e melhorias nos últimos anos; alterações quanto a disponibilização de medicamentos a população, pontos positivos; pontos a serem superados; sugestões considerando a experiência profissional e o cotidiano de trabalho (acerca da questão do fornecimento de medicamentos e tratamentos).

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Autorização do Comitê de Ética

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 566

Ex.ma Senhora
Danila Carrijo

Monte de Caparica, 19 de abril de 2017.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **"O serviço Social frente à efetivação do direito à saúde em Portugal"**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica
2829-511 Caparica

ANEXO B – Ofício de nº 652/16 da Secretaria Municipal de Saúde de Franca



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria de Saúde
Gabinete do Secretário



Franca, 15 de Dezembro de 2016.

- Ofício nº 652/GABSECSAÚDE/2016.
➤ Assunto: Cria Comissão Interdisciplinar para Análises de Ações Judiciais

COMISSÃO INTERDISCIPLINAR PARA ANÁLISES DE AÇÕES JUDICIAIS

01 – OBJETIVOS

- Analisar a evolução das Ações Judiciais em relação ao custo relativo referente ao atendimento das mesmas e o custo financeiro para o atendimento da população em geral e
- Propôr a criação de uma Comissão Multidisciplinar para analisar os pedidos de ações judiciais.
- Estabelecer um fluxo constante entre o Sistema de Justiça e a Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, com o objetivo de troca de informações científicas acerca da viabilidade / necessidade do atendimento de cada pedido judicial, que deverão ser analisados individualmente pela Comissão proposta neste projeto.

02. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acesso a medicamentos via ação judicial fere os princípios do SUS de Integralidade, Universalidade e Equidade, uma vez que o paciente não precisa ser usuário do sistema de saúde para conseguir o medicamento desejado, sendo assim a prescrição médica não precisa estar submetida aos protocolos e normas técnicas do serviço de saúde.

Estudos do impacto econômico financeiro e das distorções das solicitações de medicamentos pela via judicial têm dominado a produção científica sobre o tema da judicialização do acesso à saúde, com ênfase no prejuízo à tomada de decisões políticas e na sobreposição das necessidades dos autores dos processos às necessidades coletivas. Esse percurso dominante da abordagem da judicialização do acesso à saúde tem sustentado conclusões pertinentes e algumas preocupantes. A articulação da indústria farmacêutica ao processo de produção do conhecimento e as estratégias de marketing para a legitimação científica dos seus produtos interfere inapropriadamente na geração de conhecimento médico. Essa engrenagem de direcionamento de interesses econômicos financia pesquisas na área de medicamentos, envia seus resultados, incentiva a produção e publicação de artigos científicos, influencia protocolos e a aquisição de medicamentos.

As despesas com pacientes, que garantem o acesso por via judicial, é de aproximadamente 9 (nove) vezes maior em relação àqueles que são atendidos pelo Programa de Medicamentos Excepcionais no Estado de São Paulo e há municípios nos quais essas despesas com aquisição de medicamentos por ordem judicial atingem 22,09% do orçamento destinado a medicamentos.

Quando se trata de assunto tão delicado e polêmico como o acesso a medicamentos via judicial, devemos ter em conta o impacto que as liminares têm no acesso da população aos medicamentos. Cabe citar parecer da professora Doutora Lenir Santos, advogada e consultora do CONASEMS, em matéria publicada com o título: "A Judicialização da Saúde". Diz a doutora Lenir: "E o Poder Judiciário passou a entender que o direito à saúde deve ser garantido pelo Poder Público sem entraves, sendo um direito de eficácia imediata vinculado ao direito à vida. Essa foi uma vitória do cidadão e de todas as pessoas que durante décadas lutaram por uma saúde pública integral, universal e igualitária. Mas, tudo tem o seu reverso. E o reverso desse reconhecimento do direito à saúde tem sido o excesso de liminares que garantem ao cidadão o acesso aos serviços de saúde, sem observância da organização administrativa do Sistema Único de Saúde".

Secretaria Municipal de Saúde de Franca /SP - Avenida Dr. Flávio Rocha, 4780, Jardim Redentor
CEP 14405-600- Fone (16) 3711-9451 ou (16) 3711-9403- Franca - SP
e-mail: gabinetsaude@franca.sp.gov.br



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria de Saúde
Gabinete do Secretário



Segundo parecer do CRM, emitido para Consulta 54.503/04 (em anexo), "além do aspecto administrativo, podemos ponderar ainda, que tais limitares, muitas vezes, não observam aspectos éticos e técnicos, podendo servir a interesses outros, contrários aos direitos coletivos e ao benefício dos próprios pacientes."

Neste sentido, vale citar a Doutora Lenir Santos: "Muitas vezes, um único medicamento pode significar o custo de todos os demais medicamentos que o município deve oferecer à sua população"... "se a listagem é corretamente técnica, não lhe cabe fornecer medicamentos que não estejam ali relacionados"... "A incorporação da tecnologia deve ser levada a sério, ou seja, restrita, medindo seu custo-benefício"...

Ainda segundo o parecer do CRM, "a prescrição médica deve se restringir às reais necessidades do paciente, em perfeita consonância com as técnicas cientificamente reconhecidas, afastadas as práticas experimentais, que devem ser reservadas às restrições da pesquisa científica"... "há que se concluir que as prescrições médicas, independentes do custo, devem obedecer às normas da instituição, desde que estas estejam adequadas à boa prática médica. A busca da tutela do poder Judiciário pelo próprio médico ou por seu induzimento, em que pese não ser ilegal, para sobrepor sua opinião técnica à do Corpo Clínico, resvala em conduta ética inadequada".

Além disso, há de se ter em conta os conflitos bioéticos gerados a partir da análise de questões relacionadas à alocação de recursos públicos para aquisição e distribuição de medicamentos (uma vez que o recurso é finito e as demandas não), o princípio da equidade do SUS e o atendimento do indivíduo em detrimento da coletividade, quando se trata de ações judiciais.

Boletim 33 da SOBRAVIME – Sociedade Brasileira de Vigilância em Medicamentos trata sobre O CONTROLE DA PROMOÇÃO FARMACÊUTICA. O texto considera *promoção farmacêutica* como "todas as atividades informativas e de persuasão desenvolvidas pelos fabricantes e distribuidores com o objetivo de induzir a prescrição, o fornecimento, a aquisição e a utilização de medicamentos e outros produtos relacionados à saúde".

Segundo o boletim, "os novos problemas que surgem da verdadeira natureza da indústria farmacêutica – vender produtos, não necessariamente produzir saúde – estão apontados em publicação da Health Action International".

Ainda, é de relevância a informação de que a FAPESP está financiando um estudo acerca do presente tema, sob o título: "Os Processos Judiciais para o Acesso aos Medicamentos: a saúde do paciente, a saúde do sistema ou a saúde da indústria?".

No estudo "A via judicial para o acesso aos medicamentos e o equilíbrio entre as necessidades e desejos dos usuários, do sistema de saúde e da indústria", realizado por Santos et al. os autores apontam que o acesso aos medicamentos por via judicial sinaliza que o direito constitucional à saúde é mais amplo que a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, essa prática pode prestigiar interesses individuais, corporativos e da indústria farmacêutica. O objetivo desse estudo, realizado no Município de Ribeirão Preto, foi identificar compreensões e ações dos agentes envolvidos nos processos judiciais para acesso aos medicamentos. Foram realizados um Fórum (162 participantes de 35 municípios) e uma reunião técnica (93 participantes de 23 municípios) com representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Estadual, do Poder Judiciário, da Defensoria Pública, dos Conselhos Regionais de Medicina e de Farmácia, Gestores da Saúde, Procuradores Jurídicos, profissionais de saúde, do direito e da mídia, pesquisadores e usuários. O Discurso do Sujeito Coletivo dos representantes destacou a supremacia do poder da indústria sobre prescritores, mídia e usuários, as distorções e o impacto econômico das ações judiciais e a necessidade de regulação dos prescritores. Por outro lado, houve pouca ênfase nos discursos sobre as restrições de acesso aos bens previstos constitucionalmente no SUS e ao relato de experiências exitosas no manejo das ações judiciais. A reatividade dos discursos parece inibir a elaboração de estratégias para aperfeiçoar a organização do SUS e minimizar a sua judicialização.

O quadro abaixo demonstra os gastos financeiros com ações judiciais e os gastos realizados com medicamentos para as unidades de saúde. Importante ressaltar o ano de 2016, quando já igualamos os custos dos atendimentos. Salientamos que, na ação judicial atendemos atualmente 1746 pacientes /mês e nas unidades de saúde são cerca de 54.604 consultas mensais nos ambulatórios de Atenção Básica e Especializada, além de 53.303 atendimentos mensais nos serviços de urgência e emergência, totalizando 107.907 consultas/atendimentos mensais (em média). Considerando-se os gastos médios mensais por paciente atendido nas ações judiciais e os gastos médios com medicamentos por atendimentos realizados na rede pública, temos que cada paciente de ação judicial custa, em média, R\$ 1.187,51/mês e cada paciente da rede pública, cerca de R\$19,86/mês. Assim sendo,



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria de Saúde
Gabinete do Secretário



cada paciente atendido na ação judicial custa, em média, cerca de 60 vezes mais ao Município que o paciente atendido na rede pública.

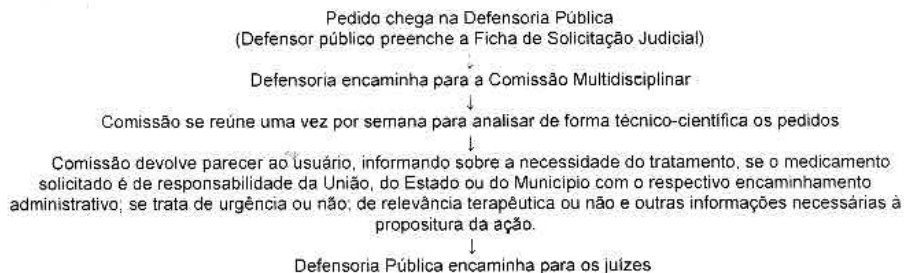
- *Estão computadas as unidades distribuídas na Farmácia Municipal de Manipulação, medicamentos, dietas, materiais hospitalares distribuídos através de Ações Judiciais e fraldas para atendimento de Serviço Social (Protocolo Fraldas).
- **As quantidades de unidades distribuídas em Ações Judiciais aumentaram consideravelmente, pois passamos a comprar dietas em gramas e não mais em latas como comprávamos anteriormente.

3. PROPOSTA

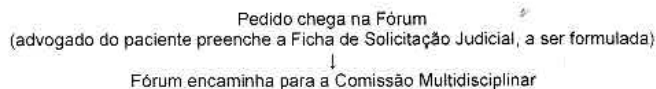
Finalizando, sugerimos a criação de uma Comissão Técnica Multidisciplinar para oferecer **apoio técnico-científico** IMPARCIAL às decisões judiciais. Sugerimos também que sejam comprovadas as seguintes informações:

- Renda financeira do paciente e familiares;
- Existência de registro do medicamento na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Residência fixa no município de Franca;
- Histórico terapêutico do paciente com outros fármacos, padronizados ou não na rede pública;
- Comprovação de urgência para deferimento de tutela antecipada;
- Existência de dados científicos imparciais, ou seja, não fornecidos pelos laboratórios fabricantes, à respeito de eficácia, segurança e custo-benefício do uso do medicamento, inclusive a longo prazo.
- Comprovação de que o paciente é usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, uma vez que este não deve ser complementar ao setor privado e sim o inverso.

FLUXO SUGERIDO PARA AVALIAÇÃO DOS PEDIDOS JUDICIAIS EM SAÚDE (Defensoria Pública)



FLUXO SUGERIDO PARA AVALIAÇÃO DOS PEDIDOS JUDICIAIS EM SAÚDE (Magistrados)



Secretaria Municipal de Saúde de Franca / SP – Avenida Dr. Flávio Rocha, 4730, Jardim Redentor
CEP 14405-600- Fone (16) 3711-9451 ou (16) 3711-9403- Franca – SP
e-mail: gabinetesau@franca.sp.gov.br



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria de Saúde
Gabinete do Secretário

