



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MARIA JOSÉ EFIGÊNIA MAIA NASCIMENTO**

**ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO**

**FORTALEZA/CE  
2017**

MARIA JOSÉ EFIGÊNIA MAIA NASCIMENTO

ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alba Maria Pinho de Carvalho.

FORTALEZA/CE  
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

N196a Nascimento, Maria José Efigênia Maia Nascimento.

Análise da Judicialização da Saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio / Maria José Efigênia Maia Nascimento Nascimento. – 2017.

224 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Alba Maria Pinho de Carvalho.

1. Saúde. 2. Direito à Saúde. 3. Judicialização. I. Título.

CDD 320.6

MARIA JOSÉ EFIGÊNIA MAIA NASCIMENTO

ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alba Maria Pinho de Carvalho (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gema Galgani Silveira Leite Esmeraldo (Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Maria Passos de Souza Bezerra (Membro)  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus filhos, Marília e Gustavo. Amor, é o que resume.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu bom Deus, que sempre me iluminou.

À minha família, pela compreensão e total apoio, principalmente com muita paciência, os quais foram fundamentais para que eu concluísse essa travessia.

Aos meus filhos Marília e Gustavo e ao meu esposo Lutygard que sempre estiveram comigo nesta caminhada, demonstrando carinho, amor e dedicação.

Agradeço, em especial, à professora Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho, primeiro por ter aceitado orientar este trabalho; segundo, pela oportunidade que tive de conviver com uma pessoa de tamanha sabedoria e aprofundado conhecimento. Agradeço por não ter deixado que eu desistisse.

À professora Dra. Gema Galgani Silveira Leite Esmeraldo por ter acompanhado este trabalho desde a qualificação, trazendo valiosas contribuições, ainda que eu não tenha conseguido utilizar todas devidamente.

À professora Dra. Leila Maria Passos de Souza Bezerra, por prontamente aceitar o convite de participar dessa caminhada desde a qualificação e ter contribuído com profícuas reflexões analíticas.

Às minhas companheiras de trabalho dos diversos lugares por onde passei: Ibicuitinga, Beberibe, Posto de Saúde Waldemar Alcântara, Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (Frotinha de Messejana), Hospital Geral Waldemar Alcântara e Hospital Universitário Walter Cantídio.

Aos meus companheiros e companheiras de mestrado, que sempre estiveram presentes, ainda que distantes, torcendo pelas vitórias ou aliando-se às dificuldades.

À equipe do MAPP, que sempre esteve à disposição com muita competência para nos auxiliar no que fosse necessário.

Aos sujeitos desta pesquisa, prontificaram-se em participar desse momento de aprendizado e construção, dispondo-se a me receber em suas casas e em seus ambientes de trabalho para falar acerca de situações que, por vezes, causaram dor.

“A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos”

— Hannah Arendt

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a judicialização da saúde, no contexto do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). É o resultado de uma pesquisa avaliativa, junto a sujeitos envolvidos nos processos de judicialização: usuários, gestores e defensores públicos da União. O esforço analítico foi no sentido de compreender dimensões-chaves na configuração do fenômeno judicialização da saúde: concepção de saúde; relação entre saúde e justiça; judicialização no contexto da saúde; razões dos usuários para recorrer à judicialização na luta por direitos no campo da saúde; percepções sobre atuação do Poder Judiciário nos processos de judicialização; caminhos percorridos pelos usuários na busca de direitos pela via da judicialização. Cabe destacar como conceitos fundantes a orientar o processo investigativo: saúde, direito à saúde, Movimento de Reforma Sanitária e judicialização. Tais conceitos foram trabalhados com base nas elaborações de Sarah Escorel, Jairnilson da Silva Paim, Norberto Bobbio, Maria Inês Bravo, Luís Roberto Barroso, dentre outros. O lócus desta pesquisa foi o HUWC, componente da estrutura organizacional da Universidade Federal do Ceará e administrado pela Empresa Brasileira de Recursos Hospitalares (EBSERH). No desenvolver desta investigação avaliativa, foi assumida a perspectiva de avaliação em profundidade, propugnada por Lea Rodrigues (2008). Para empreender esta pesquisa no campo da avaliação em profundidade, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, com aportes quantitativos. Como pesquisadora, desenvolvi pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa exploratória e pesquisa de campo. A investigação em campo deu-se mediante entrevista semiestruturada com usuários da judicialização, gestores e defensores públicos da União. Os dados desta pesquisa avaliativa foram analisados sob o enfoque do método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), sistematizando temas analíticos. Os sujeitos da investigação apresentaram concepções distintas em relação aos eixos trabalhados. Enquanto parte significativa dos usuários compreendem a saúde sob o enfoque da ausência de doença, aproximando-se da dimensão biomédica, os gestores, defensores e uma parte dos usuários trazem uma compreensão mais ampliada, relacionando-a com outras dimensões da vida, tais como: alimentação, saneamento básico, higiene, aproximando-se, assim, da concepção sustentada pela Reforma Sanitária. Usuários, gestores e defensores públicos da União reconhecem a saúde enquanto direito a ser

garantido mediante políticas públicas a serem implementadas pelo Estado. E, no momento em que reconhecem a saúde com direito, identificam no Poder Judiciário o campo privilegiado para garantir a sua viabilização. Apesar dessa compreensão, os sujeitos entendem que a interferência do Judiciário na seara da saúde compromete, de certa forma, a funcionalidade do sistema de saúde, uma vez que o SUS é pensado para uma coletividade e a judicialização se dá no âmbito do particular, do individual. Os usuários relataram que o principal motivo que os levou a procurar o Sistema Judiciário foi a demora no atendimento, aliada à falta de resolução administrativa própria do HUWC. Neste sentido, quem mais orientou os usuários a procurarem a Justiça foi o profissional médico, vinculado ao referido Hospital. Os sujeitos, sobretudo os usuários, tiveram posicionamentos diferentes quanto à atuação do Judiciário no campo da saúde. De um lado, há aqueles que concordam e consideram necessária esta atuação; por outro, há aqueles que discordam e acreditam que, como a saúde é um direito, não deveria ser necessário haver a interferência do Judiciário. Em termos específicos dos caminhos percorridos pelos usuários no acesso ao direito à saúde, verifica-se uma trajetória predominante: procuraram, de início, os meios estabelecidos para acesso a tratamentos de saúde, sendo o Posto de Saúde o principal equipamento; no entanto, as ferramentas administrativas implementadas para garantir e organizar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde – Central de Regulação e fila de espera – não conseguiram dar resolutividade, em tempo exequível, fazendo com que estes sujeitos buscassem outros recursos para acessar os serviços de saúde e, dentre eles, a judicialização. O estudo realizado mostra que se torna imperioso repensar a política de saúde de forma que atenda o maior número de pessoas, principalmente por meio da requalificação de suas ferramentas administrativas. É mister que o Sistema Judiciário passe a tratar as situações de saúde de forma mais coletiva e menos individualizada. Torna-se imprescindível que o HUWC possa estabelecer estratégias internas para dirimir situações restritivas dos direitos dos usuários.

Palavras-chave: saúde, Reforma Sanitária, direito à saúde, judicialização, HUWC

## ABSTRACT

This work aims at analyzing the right of citizens to public health that has to be enforced by a judicial process, commonly known by *judicialization*, as seen in the context of the Walter Cantídio University Hospital (HUWC). It is the upshot of an evaluative research, encompassing individuals involved in judicial processes: users, managers and federal attorneys assigned to assist the poor, known in Brazil as public defenders. The analytical effort was to understand key dimensions in the configuration of the judicial phenomenon that enforces the right to health assistance: health conception; relationship between health and justice; recurring to judicial action in the context of health; users' reasons for resorting to a judicial process in their struggle to secure their rights in relation to health care; perceptions about governmental performance in the judicial processes; paths traveled by users in their search for rights through the judicial process. It is worth highlighting as fundamental concepts the following items to guide the investigative process: health, rights to health, Sanitary Reform Movement and *judicialization*. These concepts were elaborated based on contributions by Sarah Escorel, Jairnilson da Silva Paim, Norberto Bobbio, Maria Inês Bravo, Luís Roberto Barroso, among others. The locus of this research was the HUWC, a health care facility administered by the Brazilian Hospital Resources Company (EBSERH), part of a larger organizational structure, namely, the Federal University of Ceará. In the development of this evaluative research, in the perspective of an in-depth approach, a study of qualitative nature was carried out, as proposed by Lea Rodrigues (2008). To launch this research in the field as an in-depth evaluation, a qualitative study was developed, with quantitative contributions. In order to attend to researching requisites, some items were considered such as bibliographic research, documentary research, exploratory research and field research. Field research was done through a semi-structured interview involving users who had resorted to the judicial process, managers and public attorneys. Data of this evaluative research were analyzed under the method of Bardin's Content Analysis (1977), systematizing analytical themes. Subjects under investigation had different conceptions regarding the themes being worked. While a significant part of users understands health under the focus of absence of disease, managers, attorneys and some users by approaching a biomedical dimension choose a broader understanding, relating it to other dimensions of life, such as food,

sanitation and hygiene, thus nearing the concept defended by the Sanitary Reform. The public, managers and public attorneys recognize health as a right to be guaranteed through public policies and implemented by the State. And, when they equate health with rights, they identify in the Judiciary a favorable opportunity to guarantee its viability. In spite of this understanding, the subjects understand that the interference of the Judiciary in the area related to health compromises, to a certain extent, the functionality of the health system, since the Unified Health System (SUS) is thought for society as a whole while *judicialization* is directed towards an individual particular instance. Users reported that the main reason that led them to look for the Judicial System was the long time of waiting to be attended, coupled with a chronic HUWC's administrative inability to solve the problem. In this sense, users ironically were oriented mostly by the hospital's medical staff to seek help from justice. The subjects, especially the users, had different positions regarding the work of the Judiciary in the health area. On the one hand, there are those who agree and deem this action necessary; on the other, there are those who disagree and believe that, as health is a right, there should be no need for interference from the judiciary. In specific terms of the paths taken by users to access the right to health, there is a predominant practice: they seek, initially, the means established for access to health care, with the Health Office being the main entry attempt. However, administrative procedures implemented to guarantee and organize the citizens' access to health services – the Regulation Central and its waiting list proved to be inefficient in providing a good response to the problem, within a feasible time limit, causing these subjects to seek other resources to access the services, among them, the *judicialization*. The study shows that it is imperative to rethink health policies in such a way that it might serve the greatest number of people, mainly through the re-qualification of its administrative procedures. It is necessary that the Judiciary System treat health situations in a more collective and less individualized way. It is imperative that HUWC establish internal strategies to tackle issues that routinely lead to restricting users' rights.

Keywords: Health, Sanitary Reform, rights to Health, *judicialization*, HUWC.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2 SAÚDE COMO DIREITO NO BRASIL: UMA “SAGA” AO LONGO DA HISTÓRIA</b>	<b>26</b>
2.1 A saúde no Brasil: resgate de marcos históricos	26
2.2 Reforma Sanitária: um novo momento de afirmação da saúde como direito	44
2.3 O SUS no âmbito do Estado brasileiro: a universalização da saúde em um Estado que se ajusta às demandas do capital	53
2.4 O SUS na contemporaneidade brasileira: impactos da política de neoliberalização do Governo Temer – a Emenda Constitucional 95	60
2.5 O contexto da saúde pública no Ceará em tempos contemporâneos	70
<b>3 JUDICIALIZAÇÃO COMO VIA DE ACESSO AO DIREITO À SAÚDE: UM FENÔMENO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO</b>	<b>76</b>
3.1 Um resgate histórico do processo de judicialização de saúde: a luta dos portadores do HIV/AIDS	76
3.2 Fundamentos jurídicos e éticos da judicialização	82
3.3 Tensões e contradições do processo de judicialização	88
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO</b>	<b>113</b>
4.1 Circunscrevendo uma concepção da Avaliação em Políticas Públicas	113
4.2 Construindo um percurso avaliativo no âmbito da Avaliação em Profundidade	117
<b>5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO NA ÓTICA DOS SUJEITOS: UMA ANÁLISE EM CONSTRUÇÃO</b>	<b>129</b>
5.1 Perfil dos Sujeitos da pesquisa	130
5.1.1 Perfil dos usuários recorrentes da judicialização	131
5.1.2 Configuração dos Gestores do Hospital Universitário Walter	143

<b>Cantídio e dos Defensores Públicos da União</b>	
<b>5.2 Concepções de saúde: confluência de diferentes expectativas</b>	<b>146</b>
<b>5.3 Saúde e Justiça: uma estreita relação em tempos contemporâneos</b>	<b>153</b>
<b>5.4 Judicialização no contexto da saúde: uma polêmica em aberto</b>	<b>163</b>
<b>5.5 Razões da busca do Judiciário na luta pela saúde</b>	<b>177</b>
<b>5.6 Atuação do Poder Judiciário nos processos de judicialização da saúde</b>	<b>188</b>
<b>5.7 Percursos dos sujeitos nos processos de judicialização</b>	<b>194</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>205</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>212</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Simulação do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015	66
<b>Gráfico 2</b> – Inserção profissional declarada pelos sujeitos da pesquisa	131
<b>Gráfico 3</b> – Situação no mundo do trabalho	133
<b>Gráfico 4</b> – Situação no campo da Seguridade Social	134
<b>Gráfico 5</b> – Faixa etária	135
<b>Gráfico 6</b> – Faixa de renda da família	136
<b>Gráfico 7</b> – Escolaridade	137
<b>Gráfico 8</b> – Sexo	138
<b>Gráfico 9</b> – Raça/etnia/grupo humano	139
<b>Gráfico 10</b> – Religião	140
<b>Gráfico 11</b> – Problema de saúde que levou o sujeito a recorrer à justiça	141
<b>Gráfico 12</b> – Tipo de serviço demandado na judicialização	142

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Conferências Nacionais de Saúde, temáticas, ministros e Presidentes da República	41
<b>Quadro 2</b> – Ações e políticas implementadas a partir dos movimentos sociais	81
<b>Quadro 3</b> – Assuntos mais demandados no 2º grau do Poder Judiciário – Justiça Federal 2015	84
<b>Quadro 4</b> – Assuntos mais demandados no 2º grau no Poder Judiciário – Justiça Federal 2016	85
<b>Quadro 5</b> – Assuntos mais demandados no 2º grau – Justiça Estadual 2015	86
<b>Quadro 6</b> – Assuntos mais demandados no 2º grau – Justiça Estadual 2016	87
<b>Tabela 1</b> – Déficit de Defensores Públicos Federais de 2ª categoria	144
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos defensores por faixa etária	146

## LISTA DE SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGU	Advocacia Geral da União
AI	Ato Institucional
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome – Síndrome Humana da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AVAL	Revista Avaliação de Políticas Públicas
AZT	azidotimidina
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONCLAT	Congresso Nacional da classe Trabalhadora
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRESUS	Central de Regulação Estadual do US
DAB	Departamento de Atenção Básica
DDT	diclorodifeniltrocloroetano

DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPU	Defensoria Pública da União
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FUSEC	Fundação de Saúde do Estado do Ceará
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogêneo
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICP	Inquérito Civil Público
IJF	Instituto Dr. José Frota
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
JK	Juscelino Kubitschek
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social

MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRF	Novo Regime Fiscal
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PARSSEC	Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará
PAS	Programa Agentes de Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLUS	Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde
PR	Partido da República
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RBT	Registro brasileiro de transplante

RCL	Receita Corrente Líquida
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAMEAC	Sociedade de Assistência à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBH	Sociedade Brasileira de Higiene
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOMOS	Grupo de Afirmação Homossexual
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UnB	Universidade de Brasília
UNISUS	Sistema de Regulação Assistencial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidades de Serviços
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde surgiu como direito de cidadania na Constituição Federal de 1988. Antes desse marco legal e histórico, o acesso aos serviços de saúde se dava por meio de três formas principais: a) mediante contrato formal de trabalho em que os trabalhadores e suas famílias tinham acesso aos serviços de saúde, inicialmente mediante as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), em seguida, por meio dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), mais tarde pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); b) por meio do pagamento direto, em que os usuários com poder aquisitivo contratavam individualmente os serviços de saúde que julgassem necessários; c) para quem não possuía contrato de trabalho ou recursos financeiros para custear as despesas com serviços de saúde, restava a filantropia/caridade.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, por meio da Lei n. 8080/90, a política de saúde no Brasil, fruto das lutas populares, ficou mais próxima da população. Essa mudança de paradigma não ocorreu de modo repentina; ela surgiu com base num ideário e luta política, em um processo não linear, repleto de contradições. Dentre as mudanças contemporâneas, a que considero principal é, justamente, a compreensão da saúde como direito social. Os princípios e as diretrizes do SUS são compatíveis com o entendimento da saúde como direito do povo e obrigação do Estado. Para sua concretização, foi engendrado grande esforço para que as bases desse sistema pudessem suportá-lo em suas múltiplas dimensões: vigilância, fiscalização, assistência médica e farmacêutica, descentralização, municipalização e participação popular.

Aliada a essa compreensão da saúde como direito e obrigação do Estado, a Constituição Federal delegou ao Poder Judiciário o papel de guardião da Carta Magna, zelando pelo seu cumprimento, além de garantias aos magistrados, fortalecendo o ativismo judicial. É neste âmbito que emerge a judicialização da saúde como um fenômeno sócio-histórico, objeto de estudo desta pesquisa.

Para definir judicialização, aproprio-me do conceito de Oliveira (2005), quando acentua que:

Por judicialização da política entendo a utilização de procedimentos judiciais para a resolução de conflitos de ordem política, tais como controvérsias a respeito de normas, resoluções e políticas públicas em geral, adotadas/implementadas pelos Poderes Executivo e Legislativo. (P. 559).

A judicialização é um fenômeno que nasceu com o constitucionalismo, uma vez que as constituições representam as leis maiores de um país e todas as demais deverão estar de acordo ou submissas a ela. Não é, pois, um fenômeno isolado, tampouco recente; acontece em diversas partes do mundo e são levadas à Corte as mais diversas situações, inclusive as de campo privado. As decisões dos magistrados também não “agradam” a todos, mas justificam-se pela Lei Maior. O entendimento dos magistrados, no entanto, pode mudar, conforme o contexto histórico vigente, por mais que a lei seja a mesma.

A Constituição Federal brasileira em vigor e os direitos sociais nela inscritos são marcados por dupla constatação: a primeira é a de possibilidade, e a segunda é a de limites. Com a referida Carta Magna, a sociedade pode ver que uma série de direitos sociais foi garantida, ensejando a possibilidade de implementar políticas públicas que diminuíssem a desigualdade social tão marcante na sociedade. Os limites para a consecução desses direitos, porém, estão estampados no campo político e econômico. Um embate entre possibilidade e limite é travado desde que a Carta Magna de 1988 foi instituída.

Percebo no campo prático é que o discurso dos limites é preponderante nos últimos anos e cada vez menos se fala em possibilidades. E mais: o acelerado desmonte nas parcas políticas públicas nos últimos meses, no âmbito de um governo que se constituiu com características de um golpe de Estado<sup>11</sup> é marcante e tomou proporções nunca vistas.

No que se refere à política de saúde, cabe destacar que esta política vem distanciando-se do patamar das possibilidades, enveredando no campo dos limites, conduzindo a população a buscar estratégias para o acesso, dentre elas, à chamada Judicialização da Saúde.

Essa temática é objeto de estudo de analistas, principalmente no campo do Direito, a concentrarem suas preocupações em questões relacionadas à esfera jurídica “stricto sensu”: separação dos poderes; ativismo judicial; acesso dos usuários aos serviços pela força da lei. Não identifiquei, no entanto, estudo específico que

---

<sup>1</sup> No artigo Golpe de Estado, Antônio Gasparetto Júnior, com base em suas análises nos documentos <http://www.rebellion.org/noticias/2011/1/119798.pdf>, <http://en.scientificcommons.org/59642636> assinala que “**Golpe de Estado** é a deposição de um governo legitimamente instalado.” Geralmente acontece quando, grupos políticos oposicionistas, desrespeita os processos democráticos e as leis que regem o país para derrubar, de maneira ilegal, um governo estabelecido por meios democráticos mediante eleições diretas. Com o discurso de combate à corrupção, em 2016 o Brasil é marcado por um novo Golpe de Estado que teve à frente o então vice-presidente Michel Temer.

puddesse apresentar este fenômeno dentro de uma unidade judicializada, enfocando questões-chave tais como: qual a compreensão que os recorrentes da judicialização têm acerca da saúde e do direito à saúde; o que antecedeu à busca pela judicialização; qual o perfil dos que recorrem à judicialização; como se processa a demanda judicializada; quais os caminhos percorridos pelos usuários neste processo de judicialização da saúde. No caso específico do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) – locus empírico deste estudo avaliativo, cabe uma discussão a contemplar determinados elementos: qual a compreensão dos gestores do referido Hospital acerca da saúde e do direito à saúde; de que forma os gestores compreendem a judicialização; como o Hospital se organiza para acolher as demandas judicializada – sendo sobre estes pontos que discorro ao longo da dissertação.

A observação do cotidiano profissional revela, e estudos comprovam, que a judicialização da saúde é um fenômeno que cresce significativamente. Estudo realizado pela Advocacia Geral da União (AGU) em 2013, por exemplo, demonstra que, em 2009, foram 10.486 ações impetradas contra o Ministério da Saúde, e em 2012 já eram 13.051 ações, desencadeando um rearranjo nas próprias estruturas do Executivo e do Judiciário.

O contexto político e econômico atual compromete ainda mais as vias de acesso a direitos sociais básicos, dentre os quais, o da saúde. A política fiscal aprovada por meio da Emenda Constitucional 95, promulgada no dia 15 de dezembro de 2016, já no governo de Michel Temer, restringe gastos com políticas públicas por 20 anos, decretando a falência dos parques direitos sociais implementados no Brasil. Com essas medidas de “ajuste”, a tendência é o aumento da judicialização como estratégia para acesso aos serviços/insumos de saúde.

Segundo Mendes (2010), o contingente populacional no Brasil, vai continuar crescendo nas últimas décadas, apesar de baixas taxas de fecundidade, em adição a um envelhecimento da população. Estas características mudam o perfil dos usuários do sistema de saúde, por apresentarem uma carga maior de doenças crônicas, e passam a exigir do poder público um incremento nos serviços e ações de saúde. Desta forma, as medidas relacionadas às políticas públicas, sobretudo as da saúde, expressam a descontinuidade de ações e serviços essenciais.

As ações e discursos adotados pelo atual governo federal, como a promulgação da Emenda Constitucional 9, e a entrevista do ministro Ricardo Barros

à “Folha de São Paulo”, no dia 15 de maio de 2016, quando diz: “Vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e em outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustenta-las”, referindo-se ao SUS, revelam a intenção de retomar às bases do modelo médico-assistencial privatista, reforçando-o e legitimando-o, uma vez que reduz gastos com saúde e propõe a criação de planos de saúde a preços ditos “populares”.

Assim, o modelo médico-assistencial privatista, centrado na "demanda espontânea", está presente na medicina liberal, nas cooperativas médicas, na medicina de grupo, no seguro saúde e, também, nos serviços públicos (hospitais, centros de saúde e laboratórios) quando não se encontram organizados para atender às necessidades de uma população definida. E, então, predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população. (PAIM, 2003 p. 567-71)

Na qualidade profissional de Serviço Social, atuei em diversos espaços da área da saúde, desde a atenção básica – nos Postos de Saúde Waldemar Alcântara, Sobreira de Amorim, João XXIII, Ivana Paes e Pici, na Regional III da Prefeitura de Fortaleza, passando por unidade de nível secundário no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, até o nível terciário<sup>2</sup> – Hospital Waldemar Alcântara e finalmente no Hospital Universitário Walter Cantídio, onde permaneço em atividade profissional, tive oportunidade de manter contato com diversos públicos e situações de saúde.

Na atenção básica, a busca dos usuários se dá pela consulta com médico (a) do Programa Saúde da Família, por exames laboratoriais e medicamentos da Farmácia Básica, em sua maioria, exigindo menor densidade tecnológica, orientada pela coordenação do cuidado e pela responsabilização de um território adscrito. O grande problema da atenção básica se dá justamente na continuidade do tratamento de pacientes que demandam cuidados especializados.

---

<sup>2</sup> Conforme informações extraídas do material disponibilizado pelo curso de Qualificação de Gestores do SUS (2009), é possível definir atenção básica, secundária e terciária:

- A atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade.
- A atenção secundária se constitui por serviços especializados cujo acesso se dá por referência, apresentando diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas.
- O nível de atenção terciário é considerado mais especializado. Nele estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar aqueles procedimentos menos frequentemente necessários (ex.: cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea).

Como estratégia para organizar a oferta e a demanda por serviços de saúde, foram criadas as centrais de regulação, tanto no plano estadual quanto na contextura municipal, que são responsáveis por acatar as demandas e buscar os serviços públicos, ou contratados, adequados para dar resolubilidade ao problema de saúde identificado.

Dessa forma, durante o período em que trabalhei em postos de saúde, não identifiquei nenhuma demanda judicializada. O que encontrei foi, talvez, o início da judicialização, baseada em situações tais como: quando os usuários que já haviam tido seu atendimento pela atenção básica necessitavam dar continuidade em outro nível de atenção, e a falta ou a demora no acesso os direcionava a recorrerem aos órgãos do Judiciário.

Na unidade de nível secundário, também, não identifiquei demandas judicializadas a serem atendidas. Questiono-me se tal ausência decorria do caráter da unidade, considerando tratar-se de unidade de urgência e emergência, e não de um serviço especializado de consultas e exames. O que se via, no entanto, com frequência, eram famílias buscarem as transferências de seus parentes para hospitais com maior densidade tecnológica, seja em razão da gravidade do problema de saúde, seja pela indisponibilidade de exames e médicos especialistas na referida unidade, de modo que pudessem garantir o adequado tratamento do paciente. Nestes termos, este tipo de unidade de saúde não atendia a demanda judicializada, mas as criava.

É, pois, no nível terciário que as demandas judicializadas ocorrem. Além das demandas do estudo avaliativo<sup>3</sup>, também considero importante ressaltar que, diariamente, o Serviço Social recebe pessoas que buscam atendimento no Hospital Universitário Walter Cantídio, por não conseguirem via regulação.

Ao realizar escuta profissional, é recorrente a queixa dos usuários de que estão aguardando há muito tempo em “fila de espera”, mas nunca obtiveram resposta positiva para solução/encaminhamento do problema de saúde mostrado. Como condução, a orientação da equipe é de que os usuários recorram ou às ouvidorias (municipal e estadual) ou ao Sistema Judiciário (promotorias, defensorias públicas), como via de acesso para garantir seus direitos.

---

<sup>3</sup> No mês de junho de 2016, realizei estudo exploratório no Hospital Universitário Walter Cantídio que fundamentou a pesquisa de campo. Está circunscrito no item 6 deste trabalho acadêmico.

Assim, considerando minha atuação profissional<sup>4</sup>, lidando frequentemente com os “dois lados da judicialização” - falta de acesso e garantia por meio da força constitucional - surgiu o interesse em compreender como esse processo se desenvolve em uma unidade judicializada.

Para desenvolver este trabalho recorri, inicialmente, e durante toda a sua execução, à pesquisa bibliográfica, tendo acesso a livros, artigos, dissertações, publicações em jornais e periódicos, que me deram suporte adequado para refletir sobre os aspectos que permeiam o tema da judicialização.

No intuito de apresentar um panorama do contexto da judicialização no Hospital Universitário Walter Cantídio, optei por efetuar, de imediato, um estudo exploratório, de pesquisa documental, no qual obtive acesso a registros “de primeira mão”, ainda não submetidos a qualquer tratamento analítico. Em seguida, tendo como subsídios as informações do estudo exploratório, desenvolvi a pesquisa de campo, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada, desenvolvida junto a usuários que recorreram à judicialização da política de saúde; gestores do Hospital Universitário Walter Cantídio e defensores públicos da União. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, respeitando as Resoluções 196/96 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de pesquisa com seres humanos. Assim, entrevistei 35 usuários, dois gestores do Hospital Universitário Walter Cantídio e dois defensores públicos da União. Como técnica para análise dos dados, recorri à Análise de Conteúdo, de Bardin (1977), aliada à proposta de Avaliação em Profundidade, de Rodrigues (2008).

Na elaboração deste texto, dividi o trabalho em seis segmentos: o segundo é Saúde como direito no Brasil: uma “saga” ao longo da história; seguem-se judicialização como via de acesso ao direito à saúde: um fenômeno no Brasil Contemporâneo; Percurso metodológico da investigação avaliativa da judicialização da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio; A Judicialização da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio na ótica dos sujeitos: uma análise em construção, e as considerações finais.

No segundo segmento, procuro contextualizar, de maneira panorâmica o tratamento conferido ao campo da saúde desde o período colonial até os dias atuais. Para tanto, dividi-o em cinco partes que se complementam. A primeira delas cuida de

---

<sup>4</sup> Busco aporte em Minayo, quando acentua que “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. (2009 p. 16).

resgatar os principais marcos históricos da saúde até os anos de 1980, período em que a saúde foi inscrita na Constituição Federal como direito. No segundo tópico, busco apresentar o movimento de Reforma Sanitária. No terceiro, proponho uma breve contextualização da criação e desenvolvimento do SUS. No quarto tópico, trago considerações sobre a Emenda Constitucional 95 e seus influxos sobre as políticas sociais, sobretudo na área da saúde. Para finalizar a seção discorro sobre o contexto da saúde pública no Ceará sobre as bases do movimento de reforma sanitária aos dias atuais.

No terceiro segmento, trago o fenômeno da judicialização a partir de quatro perspectivas. Inicialmente, realizo recuperação histórica deste fenômeno no Brasil; em seguida, trago, de maneira introdutória, os fundamentos jurídicos e éticos da judicialização. Exprimo algumas tensões e contradições deste fenômeno, com base na visão de estudiosos sobre o assunto. Por fim, introduzo o Hospital Universitário Walter Cantídio no contexto da saúde no Ceará situando-o enquanto parte integrante do sistema estadual de saúde e como foram constituídas suas bases.

No quarto segmento indico o percurso metodológico desenvolvido neste trabalho. Para tanto, circunscrevi a ideia de avaliação assumida para empreender esta pesquisa. Em seguida, delinhei o percurso avaliativo no âmbito da avaliação em profundidade.

No quinto módulo trago, por meio da pesquisa de campo, informações sobre a judicialização no referido hospital, no sentido de propiciar elementos para circunscrever o fenômeno de estudo no contexto do Hospital Universitário Walter Cantídio. Neste sentido, informo o perfil dos sujeitos da pesquisa, dividido entre o perfil dos usuários recorrentes da judicialização e uma configuração dos gestores do Hospital Universitário Walter Cantídio e dos defensores públicos da união. Em seguida, desenvolvo um estudo, com suporte nas falas dos sujeitos, circunscrito em seis temas principais: concepções de saúde: confluência de diferentes perspectivas; Saúde e Justiça: uma estreita relação em tempos contemporâneos; Judicialização no contexto da saúde; Razões da busca do Judiciário na luta pela saúde; Atuação do Poder Judiciário nos processos de judicialização da saúde; Percursos dos sujeitos nos processos de judicialização. Na sequência – sexto segmento – vêm as Considerações Finais.

## **2 SAÚDE COMO DIREITO NO BRASIL: UMA “SAGA” AO LONGO DA HISTÓRIA**

Neste segmento, procuro contextualizar a saúde, remontando ao período colonial, vindo até os dias atuais. Para tanto, dividi a abordagem em cinco partes que se complementam. A primeira delas recobre os marcos históricos da saúde desde o descobrimento do Brasil, sua ocupação e domínio pelos portugueses, até os anos de 1980, período em que a saúde foi inscrita na Constituição Federal como direito. No segundo tópico, denoto o movimento de Reforma Sanitária, elemento propulsor da afirmação da saúde como direito. No terceiro, proponho breve contextualização da criação e desenvolvimento do SUS, com todas as suas prerrogativas e princípios, em meio ao desenvolvimento do projeto neoliberal, que vinha ganhando força no País desde o início dos anos de 1990. No quarto tópico, trago algumas considerações sobre a Emenda Constitucional (EC) 95 e suas influências sobre as políticas sociais, sobretudo na área da saúde. Para finalizar a seção, discorro sobre o contexto da saúde pública no Ceará sobre as bases do movimento de reforma sanitária aos dias atuais.

### **2.1. A saúde no Brasil: resgate de marcos históricos**

Recorrendo à história do Brasil, é possível inferir que, do chamado descobrimento até o Primeiro Reinado, os povos que aqui viveram não dispunham de um modelo de atenção à saúde, nem havia interesse por parte da Coroa em dispensar esse atendimento à população. As ações de saúde restringiam-se ao uso de recursos da terra, tais como plantas, ervas, chás e intervenções de curandeiros.

A vinda da família real para o Brasil (1808) alterou esse quadro, pois foram instaladas, no Rio de Janeiro, condições sanitárias mínimas, com o objetivo de controlar os navios e a saúde dos portos da Capital do Império, com a finalidade de garantir o comércio exportador.

Nesse período, existiam poucos médicos no Brasil. Autores apontam que, no Rio de Janeiro, no final do século XVIII, apenas quatro médicos exerciam a profissão (SALLES, 1971). Com o objetivo de amenizar este quadro, ainda em 1808,

Dom João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico-Cirúrgico e, no Rio de Janeiro, a Escola de Cirurgia.

Mesmo após a Proclamação da República (1889) e a instalação de uma nova organização do aparelho estatal típica do Estado Capitalista<sup>5</sup> – voltada para o escoamento de mercadorias, principalmente o café, para facilitar o comércio e as exportações – o quadro sanitário do País era caótico, registrando diversas doenças graves, como varíola, malária, febre amarela e peste. Tal situação trouxe consequências tanto para a saúde quanto para o comércio, uma vez que os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro, provocando uma reação do governo, que passou a adotar medidas sanitaristas, como invasão e interdição de casas, internação forçada, vacinação obrigatória, no sentido de conter o avanço das doenças. Todas as intervenções foram executadas de maneira arbitrária, militarista, causando revolta na população, apesar de terem sido eficazes.

Esse modelo de intervenção para eliminar determinadas doenças ficou conhecido como “Campanhista”, desenvolvido por Oswaldo Cruz. Tal modelo ensejou um movimento denominado “a Revolta da Vacina”<sup>6</sup>, e, ante a insatisfação popular e de vários setores das elites, Carlos Chagas assumiu o comando dessas operações, fazendo inovações no referido modelo, com a introdução da propaganda e da educação sanitária, bem assim e a criação de órgãos especializados na luta contra diversas doenças, como o Departamento Nacional de Saúde (DNS), no Rio de Janeiro, expandindo as ações para outros estados e regiões.

A reforma promovida por Carlos Chagas em 1923, criando o DNS, visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado. (LIMA E PINTO, 2003, p. 1043).

Compreendo, assim, que a saúde pública era tratada por meio de estratégias de guerra, com uma perspectiva coercitiva. A frase “Quem não colabora é

---

<sup>5</sup> (...) Como enfatizou Caio Prado Jr., a América Latina esteve, desde sua gênese – da descoberta à colonização e à estruturação econômica -, dialeticamente integrada, em sua processualidade histórica, ao capitalismo: inicialmente ao capitalismo mercantil, depois ao capitalismo industrial e, em seguida, subalternamente, à cadeia imperialista sendo, portanto, parte integrante e constitutiva de seu desenvolvimento - quer dizer, da totalidade capitalista. MAZZEO, Antônio Carlos. Estado e burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa. 3. ed. – São Paulo. Boitempo, 2015.

<sup>6</sup> Em seu estudo sobre o Movimento, conhecido como “A Revolta da Vacina”, Sevcenko (1984), acentua que foi uma revolta popular ocorrida na cidade do Rio de Janeiro dos dias 10 a 16 de novembro de 1904. Ocorreram vários conflitos urbanos violentos entre populares e forças do governo (policiais e militares).

considerado inimigo” constituía um *slogan* da época. As ações que tinham foco na saúde se expressavam como estratégias de controle de doenças infecciosas com vistas à manutenção da força produtiva, uma vez que atingia, principalmente, os trabalhadores, além de atender a demandas dos cafeicultores, preocupados com a exportação de seus produtos. Como bem sinaliza Galvão (2007),

Assim sendo, desde o momento em que se instaura a hegemonia das classes ligadas à produção capitalista do café, foram buscados padrões de atuação sanitária diferentes dos que predominaram no período escravista. A organização sanitária foi viabilizada em contraposição à ameaça que, principalmente, a varíola, a peste e a febre amarela, nas áreas urbanas, significava para a força de trabalho imigrada e nacional e mesmo para as classes dominantes. A ação sanitária também objetivou criar determinadas condições básicas de existência das cidades portuárias, num período de transição para a órbita da acumulação industrial. (p. 20).

Por meio das epidemias, a saúde adentrou o debate político, pois logo atingiu a manutenção do sistema capitalista, sobretudo, o comércio e a produção, por meio do adoecimento dos trabalhadores. A crise sanitária impulsionou o estabelecimento de várias instituições médicas, laboratoriais e de pesquisa para o controle das doenças, principalmente a febre amarela, que atingia tanto os brasileiros quanto os estrangeiros, quer fossem imigrantes ou mesmo tripulantes de navios comerciais. As políticas de saúde pública de controle de doenças passaram a ser exigidas pelo comércio exportador, e o Estado era o seu principal representante, devendo cuidar de qualquer coisa que viesse a ameaçar a produtividade das pessoas e o comércio.

Nesse período, as ações destinadas aos cuidados com a saúde dividiam claramente o público de atenção entre ricos e pobres. Aos ricos caberia a atenção de médicos particulares; aos pobres e trabalhadores, a saúde era tratada via ações da filantropia, de benzedeadas e da Igreja Católica e, ainda, das estratégias de controle de doenças infecciosas desenvolvidas pelo Estado por meio de medidas coercitivas de cunho higienista.

Esse panorama caótico da saúde da população, como já mencionado, foi permeado por medidas repressoras do Estado, principalmente com a população mais carente, resultando em descontentamento, até desencadear a revolta da população contra essas medidas. O modelo conhecido como Campanhista, todavia, continuou a ser desenvolvido em outras áreas do País, principalmente no Norte e no Nordeste, havendo, de certo modo, uma redução das doenças que causavam mortalidade.

Nesse modelo, o foco era o controle dos doentes e não na intervenção da doença em si.

Com o advento da Primeira Guerra Mundial, em 1914, o mundo adentra grave recessão, abatendo, principalmente, as classes populares que, conforme Galvão (2007) “[...]sofreram os efeitos do desemprego, da redução de salários, das más condições de trabalho nas fábricas e da escassez de gêneros alimentícios no mercado interno (p. 26), aliada a “[...]uma extensa crise sanitária, provocada por uma epidemia de gripe, ‘a gripe espanhola’” (ibidem), demonstrando que “[...]as condições de vida das populações urbanas tinham atingido níveis baixíssimos”(ibid). Foi um período de afloramento de várias forças sociais no mundo todo, cuja principal representação foi a Revolução Bolchevique, de 1917, na Rússia, o que fez a classe dominante brasileira se preocupar com esses movimentos, levando o “[...]Estado a rever sua posição diante da questão social” (ibid), principalmente no que se refere aos trabalhadores.

Emergiram, então, grupos, movimentos militares e de intelectuais que trouxeram à pauta a “[...]reflexão da questão social como um problema de Saúde Pública” (idem - p. 29), sendo este o embrião do movimento de Reforma Sanitária, esvaziado em 1930 por meio da política de Vargas, voltando, porém, a ganhar força nos anos de 1970.

Havia, pois, o descontentamento de parte do eleitorado com o jogo político resultante da política “café-com-leite”, aliado à queda da bolsa de Nova York, em 1929, que aprofundou a crise econômica adotada até então no Brasil, mantida por meio da superprodução dos cafeicultores, adotando arranjos econômicos de “[...]desvalorização da moeda (mil réis) para facilitar a exportação ou a compra, pelo governo, de parte excedente da colheita (SCORELL, 2012, p. 297). Esse tipo de modelo econômico desagradava àqueles que não se beneficiavam dele.

Conforme assinala Scorel (2012), nesse período, o Brasil já demonstra avanços na urbanização, fato que potencializou o desenvolvimento do movimento operário, consubstanciado por ideias comunistas e socialistas, trazendo à tona os problemas das camadas operárias. Associada a essa urbanização, veio a ampliação das camadas médias urbanas e aflorou o surgimento do fenômeno político chamado de tenentismo. Estas foram as bases para, em 1930, Getúlio Vargas chegar ao poder, após um golpe.

No que se refere à saúde, foi também nesse período que os trabalhadores e empregadores começaram a traçar estratégias e adotar medidas que pudessem assegurar ao trabalhador o seu afastamento do trabalho, criando, em 1917 a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os funcionários da Imprensa Nacional. Após esta iniciativa, o que sucedeu foi a criação de grupos para implementar sua CAP, conforme suas necessidades e, assim, foi instituída, em 24 de janeiro de 1923, a Lei Elói Chaves, que se constitui no marco legal da Previdência Social no Brasil, que, em seu artigo 9º, traz o seguinte texto:

Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

1º, a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º, a aposentadoria;

4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

A instituição das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) foi um processo de luta da classe trabalhadora para a garantia de prestações sociais a serem financiadas pelos patrões e pelos empregados, constituindo-se direito contratual entre empregados e empregadores e regulamentado pelo Estado. Assim, as ações de saúde se limitavam a cobrir os trabalhadores compreendidos em sua CAP. Outro tipo prestacional de assistência à saúde ocorria mediante os contratos individuais de atendimento particular ou via atendimento aos indigentes.

Apesar da insatisfação e das lutas da classe trabalhadora, em 1930, as CAPs foram substituídas pelos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), um modelo que saía do âmbito específico da empresa para abranger categorias profissionais, contando com maior participação do aparelho estatal. No que se refere à assistência à saúde, é possível registrar o fato de que houve prejuízos significativos quanto à mudança no modelo, uma vez que as CAPs tinham a assistência médica como atribuição central e, nos IAPs, a assistência médica assumiu um caráter secundário e provisório (FIGUEIREDO, 2012, p. 22).

Com o governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945) vieram demandas de outros grupos em relação à saúde pública, e não só mais dos cafeicultores. O intento de uma ação estatal mais centralizada e voltada para os interesses nacionais passou a permear os discursos e o ideário nacional e político. Nestes termos, “[...] um novo projeto de construção nacional voltado para a integração nacional e para a valorização

do trabalho e do operariado urbano[...]” (SCOREL, 2012 – p. 298) ia se constituindo, em detrimento da incorporação de ações voltadas para o sertão, como foi consubstanciado com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

A Era Vargas (1937 – 1945), no âmbito do Estado Novo, também influenciada pelo contexto social, político e econômico instaurado na América Latina, foi marcada pelo populismo<sup>7</sup>, nacionalismo, intervencionismo e deflagração da industrialização e conseqüente processo de substituição do modelo de importação.

Importante é destacar, nesse contexto da Era Vargas, o fato de que a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que intensificou as ações preventivas, preenchendo espaços e territórios ainda não conhecidos, principalmente no norte do país. Nascido durante a Segunda Guerra Mundial, mediante um convênio entre o Governo brasileiro e o dos Estados Unidos, o SESP tinha como objetivo melhorar as condições de saúde da população para qualificar a produção de borracha e minério de ferro, matérias-primas deveras importantes para o esforço de guerra estadunidense.

A criação do SESP ocorreu quando Brasil e Estados Unidos estavam reunidos no Rio de Janeiro, em 1942, no “III Encontro de Ministros das Relações Exteriores”, quando assinaram os ditos “Acordos de Washington”. Esses marcaram a mudança do pólo dominador entre a Europa e os Estados Unidos nos territórios do Brasil e da América Latina, no sentido de “[...] garantir o apoio do Brasil e dos demais países da América Latina, neutralizando, assim, a ofensiva comercial e política dos países do Eixo no Hemisfério” (CAMPOS, 2001 – 174).

Os países da América Latina eram considerados pelos Estados Unidos como estratégicos para os empreendimentos de guerra, tanto no que se refere à sua

---

<sup>7</sup> O conceito de populismo, ao longo dos últimos vinte anos, é um conceito debatido por historiadores, sociólogos e cientistas sociais, constituindo um dos debates mais complexos e polêmicos na academia brasileira. De fato, muitas são as definições de populismo, a incorrerem em imprecisões e ambigüidades. Assim, recorro às teorizações clássicas no chamado “Grupo de Itatiaia”, do qual faziam parte os sociólogos Hélio Jaguaribe e Alberto Guerreiro Ramos, pela via analítica de Ângela de Castro Gomes (2001). Esta autora destaca três elementos na configuração clássica de populismo: é uma política de massas, vinculada à proletarização dos trabalhadores, na complexa sociedade moderna, sendo indicativo desta política o fato de que tais trabalhadores não adquiriram consciência e sentimento de classe; está igualmente associado a uma certa conformação da classe dirigente, que, em uma crise, perdeu sua representatividade sem condições de dirigir com segurança o Estado; o surgimento de um líder populista, do homem carregado de carisma, capaz de mobilizar as massas e empolgar o poder (Gomes, 2001). A partir da década de 1960, cumpre destacar as elaborações de Francisco Welfort e Octávio Ianni sobre o populismo na política, visto como um estilo de governo e como uma política de massas no âmbito de um tripé: repressão, manipulação e satisfação. Para maior detalhamento desta discussão, ver artigo de Alessandro Batistela, de 2012, intitulado “Um conceito em reflexão: o ‘populismo’ e sua operacionalidade”.

localização geográfica, quanto no fornecimento de matérias-primas que seriam importantes para ambos os lados, tais como a borracha e o minério de ferro. Além do esforço de guerra, “[...] o objetivo estratégico de Washington era a abolição de barreiras alfandegárias e restrições de qualquer ordem ao livre fluxo comercial e financeiro, portanto, dentro de uma dimensão global e não regional” (VISENTINI, 2013 – p. 22), o que gerou para o Brasil uma subserviência político-diplomática aliada a uma dependência econômica em relação ao capital estrangeiro.

No âmbito da saúde pública, esta foi institucionalizada com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (1930), ocupando um novo espaço para discussão, atrelada às garantias trabalhistas. Assim, no período Vargas, é possível identificar duas bases distintas em relação à saúde: saúde pública e medicina previdenciária. De fato, as ações no terreno da saúde nasceram numa concepção sanitarista, de cunho preventivo, ou ligadas aos trabalhadores, assumindo um caráter previdenciário. Por este motivo, sua história se entrelaça à estruturação das iniciativas dos seguros sociais no Brasil.

Releva apontar que, no período do Estado Novo (1937 – 1945), a consubstanciar a ditadura Vargas, foi instituído um escopo normativo e institucional importante, com a criação do Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio e do Ministério da Educação e Saúde, porém não houve a devida efetivação na área prática, como anota Polignano:

“A escassez de recursos financeiros associado a pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época”. (2006, p. 12)

O Estado Novo passou a receber intensa oposição e, em 1945, Getúlio Vargas foi deposto e aconteceram eleições para Presidente. O fim do primeiro período getulista coincidiu com o término da Segunda Guerra Mundial e início da guerra fria que tinha dois polos distintos: os Estados Unidos e a União Soviética. O Brasil, como base do grupo aliado aos Estados Unidos, levou o País e seus principais grupos políticos a reprimirem as ideias socialistas e as atividades consideradas comunistas. Com novas eleições, assumiu, pois, Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) como presidente da República.

No governo Dutra, o modelo dos centros sociais rurais, criado em 1950, com a finalidade de controlar as endemias rurais, passou a ser rebatido pelos médicos e especialistas; e a influência estadunidense durante a Segunda Guerra fez com que o Brasil adotasse um modelo de saúde hospitalocêntrico, baseado em grandes hospitais, com diversas especialidades médicas e grande quantidade de equipamentos. Era um modelo centrado na doença que beneficiava os “[...] interesses e as necessidades crescentes da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos”. (SARRETA, 2009 – p. 141).

No contexto mundial, em meio à guerra fria, a saúde passou a ser tratada diferenciadamente, haja vista o aprofundamento do capitalismo, implicando o conceito de saúde, elaborado em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

Foi aqui reconhecido que a saúde não tem implicação somente física e biológica. A influência das questões sociais e econômicas tem um papel importante, e, assim, a saúde foi definida como um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças (BRAVO & MATOS, 2004, Apud. SARRETA - 2009, p. 141).

Esse conceito expressa a preocupação das autoridades quanto aos cuidados com a saúde, levando em consideração outros aspectos da vida e não somente a ausência de doenças, na perspectiva de ampliação do seu campo de atuação, fazendo-se representar nas políticas do Estado de Bem-Estar Social implementadas, sobretudo, nos países europeus.

No Brasil, com a crescente industrialização e urbanização, na metade dos anos de 1950, cresceu a pressão popular por assistência médica, forçando a criação de um complexo médico-hospitalar para prestar o atendimento necessário, refletindo o modelo majoritário até os tempos atuais<sup>8</sup>.

Os anos de 1950 foram marcados por grande euforia, inicialmente pelo retorno de Vargas por meio do voto popular e, posteriormente, a eleição de Juscelino Kubitschek. No segundo governo de Getúlio Vargas (1951 – 1954), foram retomados seus projetos econômicos calcados na bandeira do nacionalismo, sedimentado sobre as bases do populismo como relação entre governo e governados.

---

<sup>8</sup> No Brasil, convivem, pelo menos, dois modelos de atenção à saúde: o chamado hospitalocêntrico, baseado em especialistas e na utilização de equipamentos sofisticados e o chamado modelo sanitário, que se refere às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotadas pela saúde pública convencional. No entanto, é notória a predominância do modelo da atenção gerenciada, inclusive com legitimação pelo Governo Federal, uma vez que o atual Ministro da Saúde, *Ricardo Barros*, anunciou durante *VII Fórum Nacional do Ensino Médico*, que instituiu, meio da Portaria n. 1.482, um grupo de trabalho para discutir e elaborar projeto de criação de planos de saúde populares.

Na seara da saúde, destaca-se a implementação do Plano Salte<sup>9</sup> – com algumas modificações - que fora formulado no governo Dutra, o qual priorizava, para os centros urbanos, o modelo hospitalocêntrico, sendo emblemática a construção de 34 hospitais “no Vale do São Francisco, entre Pirapora e Juazeiro, dos quais apenas quatro continuam em atividade dez anos após a construção” (ESCOREL, 2012 – p. 309); no meio rural, por outro lado, as ações eram voltadas para o controle das doenças, dando continuidade ao modelo campanhista, sem o cunho obrigatório.

No âmbito da saúde pública, fortaleceu-se o sanitarismo desenvolvimentista, cujas ideias eram

A ideia-força do pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível da saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo. A partir de tais ideias, essa corrente de pensamento construiu seu próprio edifício teórico e doutrinário, aprofundando conceitos e precisando definições até traduzi-las num conjunto de postulados político-ideológicos apresentados em 1962, subvertendo as bases do sanitarismo tradicional fincado na Sociedade Brasileira de Higiene (SBH). (ESCOREL, 2012, p. 310).

Essas ideias, que tiveram como principal representante Mário Magalhães, levaram a saúde pública a ser tratada por Vargas como um problema de superestrutura e, portanto, dependente da estrutura econômica. Apesar, no entanto, de proferir um discurso político assentado nos pressupostos sanitaristas, as políticas de saúde implementadas em seu segundo governo (1951 - 1954) estavam subordinadas, como acentua Escorel (2012), “[...] ao esforço do progresso e enriquecimento da nação”. (P. 310). O fato mais marcante desse período foi o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde, constituindo-se em Ministério da Educação e Ministério da Saúde de modo independente, atendendo às propostas da reforma administrativa defendida por sanitaristas, médicos, deputados e pela Sociedade Brasileira de Higiene. Apesar da criação de um Ministério específico para pensar e executar ações de saúde, não houve mudança significativa no seu escopo de atuação, dando continuidade, sem ampliação, como destaca Escorel (2012), apud Hamilton & Fonseca (2003) e Ponte (2010), das ações voltadas à saúde

---

<sup>9</sup> Plano econômico apresentado pelo Presidente Eurico Dutra ao Congresso Nacional em 10 de maio de 1948 através da Mensagem Presidencial nº 196. Foi aprovado, após dois anos de tramitação, pela Lei nº 1.102, de 18 de maio de 1950. A designação Salte foi tirada nas iniciais dos quatro principais problemas que o plano se propunha a resolver: saúde (s), alimentação (al), transporte (t) e energia (e). CALICCHIO, Vera. Plano Salte. [www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-salte](http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-salte). Acessado em 23 de outubro de 2017.

da população do interior, nem mesmo “[...]assumindo responsabilidades impostas pela intensa urbanização e industrialização”. (P. 312).

As ações de saúde na Previdência Social foram ampliadas, sobretudo com a construção, como já referido, de diversos hospitais, sob o enfoque do fortalecimento dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), como estratégia para abranger os trabalhadores e suas famílias, principalmente nos centros urbanos.

Com o suicídio de Getúlio Vargas, em 24 de agosto de 1954, Nereu Ramos, vice-presidente do Senado, assumiu o mandato presidencial após o adoecimento de Café Filho (vice-presidente) e a interdição de Carlos Luz pelo Congresso. Sob o apoio das forças getulistas, Juscelino Kubitschek foi eleito Presidente da República para governar de 1956 a 1960 – um período marcado pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo<sup>10</sup>.

No que se refere à saúde pública – voltada para o controle de doenças –, constata-se que o Governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) foi marcado pela sobreposição de ações desenvolvidas por dois órgãos: o SESP, que já atuava na área, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em março de 1956 com o objetivo de unificar os órgãos, cerca de 15, que trabalhavam no combate, controle ou erradicação de doenças específicas, conforma assinala Escorel (2012).

Naquele período, começaram a surgir os resultados dos trabalhos desenvolvidos para o controle das doenças endêmicas que assolavam o País. Teve-se, pois, a erradicação do mosquito *Aedes aegypti* (1958), transmissor da febre amarela, bem como ocorreu o início da campanha que conseguiu erradicar a varíola.

Já no âmbito da previdência social, seu desenvolvimento ficou estagnado, engendrando ações de reforço à fiscalização dos gastos e estratégias que diminuíssem ou eliminassem a participação da União no contributo financeiro. Um fato importante do período, já no final de seu mandato, foi a instituição da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, unificando a legislação que regia os IAPs, eliminando as disparidades entre eles, recaindo de maneira negativa em algumas

---

<sup>10</sup> “ (...) entende-se por desenvolvimentismo a política econômica formulada e/ou executada, de forma deliberada, por governos (nacionais ou subnacionais) para, através do crescimento da produção e da produtividade, sob a liderança do setor industrial, transformar a sociedade com vistas a alcançar fins desejáveis, destacadamente a superação de seus problemas econômicos e sociais, dentro dos marcos institucionais do sistema capitalista”. Definição formulada por Fonseca (2014). Fonseca, Pedro Cezar Dutra. Desenvolvimentismo: a construção do conceito. Presente e futuro do desenvolvimento brasileiro/ editores: André Bojikian Calixte, André Martins Biancarelli, Marcos Antônio Macedo Cintra – Brasília: IPEA, 2014.

categorias profissionais que tiveram a quantidade e o valor dos benefícios previdenciários diminuídos. A LOPS não unificou os IAPs, eles continuaram com suas estruturas fragmentadas, apenas unificou a legislação que os regia, equiparando-os. Outro fato importante a se registrar em relação à LOPS é que ela continuou excluindo os trabalhadores rurais dos benefícios e serviços previdenciários. Além de uniformizar os benefícios e serviços, uniformizou a contribuição dos segurados que passou a ser de 8% do valor do salário recebido, assim como a contribuição dos empregadores. À União competia os gastos com a administração e o pagamento de pessoal. Com efeito, aos trabalhadores com carteira assinada estavam garantidas assistência médica e previdenciária; aos excluídos do mundo formal do trabalho, a assistência à saúde continuava pelas vias da filantropia ou 'os serviços para indigentes' de prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas com caráter assistencialista e instrumento de política clientelista local. (SCOREL, 2012 – p. 316 apud VIANA, 1998: 150).

Com estas características na saúde foi que Juscelino Kubitschek finalizou seu governo, contrastando com a formação de um terreno industrial complexo e desenvolvido e a internacionalização da economia brasileira. Situação política e econômica diversa em relação ao período getulista.

Analisando a literatura, tenho a impressão de que as ações engendradas nos anos de 1950 e 1960 foram concentradas mais no aparato burocrático do que no desenvolvimento de ações voltadas para a saúde. O fato mais relevante que encontrei foi a criação ou o desmembramento, do Ministério da Saúde em 1953 mediante a Lei 1.920, da Escola Nacional de Saúde Pública, em 1954, e a LOPS em 1960. Neste conflito, verifica-se grande preocupação no controle de doenças endêmicas que assolavam o País, destacando-se a atuação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) por meio da promoção da “[...]formação e capacitação de recursos humanos para a saúde” (LIMA E PINTO, 2003, p. 1048).

Com o fim do Governo JK, iniciou-se um período conturbado da história política brasileira, no começo, com a eleição de Jânio Quadros, após expressiva votação e a adoção de medidas impopulares, tais como: congelamento dos salários, desvalorização da moeda (cruzeiro), repressão de protestos, proibição de briga de galos e uso de biquíni. Com base nesses posicionamentos, deu-se início a uma campanha antijanista, levando-o a renunciar no dia 25 de agosto de 1961, assumindo seu vice, João Goulart, que também não tinha a simpatia da elite nacional e dos

militares, uma vez que se identificava com o populismo getulista. Esse caos na política refletiu também na saúde, com uma mudança contínua de ministros da Pasta. Há que se registrar, no entanto, a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1963, que marcou o início dos esforços para a municipalização dos serviços de saúde, mediante nova concepção de saúde, pronunciada pelo Presidente João Goulart em sua abertura, assim afirmando:

Permitam-se, porém, os eminentes técnicos dos Sistemas de Saúde Pública do país, valendo-me da experiência do constante convívio com os trabalhadores das cidades e com a verdadeira massa de párias da nossa agricultura, que faça uma advertência, diante de enganadoras perspectivas que possam abrigar, segundo as quais é possível obter-se uma profunda melhoria da saúde de nossas populações, com a simples aplicação de medidas de ordem médico-sanitária: a Saúde, sabem os senhores mais do que eu, é um índice global, resultante de um conjunto de condições – boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatos que só podem ser conseguidos em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição equitativa de suas riquezas. (BRASIL, 1992 – p. 24).

A proposta de municipalização da saúde pretendia-se descentralizada e sustentava-se em um modelo, de certo modo, hierárquico, iniciando pelo atendimento básico, estendendo-se até o nível terciário, por meio do atendimento especializado na rede médico-hospitalar. Essa proposta trouxe influências importantes para as ações de saúde, uma vez que, em 1963, “[...]dos 3.677 municípios, havia 2.100 sem nenhuma estrutura de saúde” (ESCOREL, 2012 – apud FADUL, 1978:74).

Esta e outras iniciativas que rebatiam na indústria farmacêutica incitou e acirrou um descompasso dos interesses nacionais com os do capital estrangeiro, precisamente, estadunidense, o que repercutiu na principal ação de controle e erradicação da malária – pulverização de vias públicas com DDT – que os Estados Unidos forneciam gratuitamente e, após causar dependência na utilização do inseticida, e ter seus objetivos contrariados com as ideias nacionalista de João Goulart, resolveu suspender o fornecimento gratuito do produto.

Outra medida que merece destaque, durante o governo de João Goulart (1961 – 1964), foi a inclusão dos trabalhadores rurais na previdência social por meio do Estatuto do Trabalhador Rural, todavia, esta medida não chegou a ser implementada em decorrência ao contexto político da época.

As medidas nacionalistas, as propostas de reforma de base-administrativa, fiscal, agrária e bancária, como salientam Escorel e Teixeira (2012), não atendiam aos

anseios da elite e dos militares, sendo esta o estopim para o golpe militar de abril de 1964, que, segundo Oliveira (1985), é assim compreendido:

O golpe militar de 1964, apoiado pelas classes médias urbanas, representou uma rearticulação da burguesia em torno do restabelecimento do padrão de dominação burguês, incluindo, sem exceção, todas as classes proprietárias – da indústria, comércio e finanças, progressistas e reacionárias, da pequena e média empresa ao monopólio, do capital nacional às multinacionais. É da natureza desta coalizão que decorrem as características do regime instalado, que são o autoritarismo, com o fechamento de todos os canais de participação dos trabalhadores, e a suposta depuração nas instituições existentes do seu caráter político, em nome de uma racionalidade técnica e administrativa (OLIVEIRA, 1985 – p. 196)

O discurso de desenvolvimento do País e de segurança nacional, em meio aos dois modelos dominantes no mundo, centrados no capitalismo e no socialismo, fez com que a direita, com o intuito de manter-se no poder, instaurasse no País todo um ideário anticomunista, buscando efetivar um governo forte e estável (ALVES, 2012). Com essa ideologia, instaurou-se no Brasil o período marcado pela ditadura militar (1964-1985) e, assim, conforme Bravo (2011), o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência.

Nesse sentido, com a finalidade de impor as ideias e concepções da classe dominante, foram utilizados mecanismos de repressão, como os atos Institucionais, dotando o Poder Executivo de “superpoderes”. No decorrer dos primeiros cinco anos da ditadura militar, foram editados 15 atos institucionais, sendo os cinco primeiros os mais emblemáticos, os quais dispuseram acerca da suspensão dos direitos políticos, suspenderam e cassaram mandatos legislativos, aumentaram o número de ministros no Supremo Tribunal Federal para facilitar a aprovação de suas propostas; estabeleceram eleições indiretas nos âmbitos nacional, estadual e municipal; foi promulgada uma nova Constituição Federal (1967); e, o mais vigoroso de todos, o AI-5, que decretou estado de sítio e suspendeu o *habeas corpus*; além de suspensão dos direitos políticos, do fechamento do Congresso Nacional e estabelecimento da pena de morte.

Na saúde, este período foi marcado pela fusão dos IAPs No Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em novembro de 1966 por meio do Decreto nº 72/66, trazendo mudanças significativas quanto à participação dos trabalhadores nas decisões e em relação ao direito de assistência médica que havia sido estendido a todos os segurados, acarretando no aumento dos gastos com este serviço.

Conforme aponta Oliveira (1985), a criação do INPS significou a uniformização da legislação previdenciária por meio da centralização das ações e benefícios no Instituto, acarretando na perda dos direitos dos trabalhadores em fazer parte da gestão da instituição, e, assim, participarem da definição da política previdenciária.

O discurso que dominava o período era o do crescimento econômico – deixar o bolo crescer para depois dividir, era um pensamento da época – o que justificava diversas medidas de influência na sociedade, desde a repressão até a “normalização da economia” que se dava, segundo Escorel (2012), por meio do arrocho salarial e da transnacionalização da estrutura produtiva. Esse discurso mascarava a falta de liberdade e aumentava substancialmente a desigualdade social.

A máquina estatal estava a serviço dos interesses do capital internacional e nacional e, para atender às necessidades destes, promoveu seu reaparelhamento por meio de reformas: financeira (1964), fiscal (1965), previdenciária (1966), tributária e administrativa (1967). Com tais reformas, houve uma centralização financeira no Governo Federal, o que submetia o Estado às regras do capital privado (ESCOREL, 2012, apud. TEIXEIRA et al., 1988).

Nesta realidade em que as políticas sociais eram relegadas a segundo plano, as ações na saúde pública, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, não foram priorizadas. Havia, pois, uma “[...]preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde” (ESCOREL, 2012, p. 326), inicialmente com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e, assim, intensificando o privilegiamento da atenção individual, especializada, hospitalocêntrica, com foco no uso de medicamentos. Esse tipo de atendimento era orientado por um padrão de lucratividade do setor saúde, em que o Estado atuava como regulador do mercado por meio da previdência social (ESCOREL, 2012, apud. OLIVEIRA E TEIXEIRA, 2006).

Como aponta Escorel (2012),

No caso da previdência, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. A contratação de serviços privados de saúde, especialmente hospitais e laboratórios, era feita por meio de credenciamentos e remunerada por Unidades de Serviço (US), modalidade de pagamento denominada por Carlos Gentile de Mello (1981) como ‘fator incontrolável de corrupção’ (...) Outra modalidade de atenção à saúde sustentada pela previdência social, que passou a ser expressiva nesse período, refere-se aos convênios com empresas, a chamada ‘medicina de grupo’”. (P. 327, 328).

A saúde pública, de competência do Ministério da Saúde, não se enquadrava nesse projeto de modernização preconizado pela ditadura militar, e continuava desenvolvendo suas ações no âmbito das campanhas de saúde destinadas à coletividade, desvinculada da monetarização, tão forte na assistência à saúde no âmbito da previdência social.

Malgrado sua pouca representatividade, o Ministério da Saúde era o responsável por formular a política nacional de saúde, e foi por meio de sua atribuição principal que, em 1968, esse Ministério elaborou o Plano Nacional de Saúde (PNS), sob o comando do então ministro Leonel Miranda que propunha a venda de todos os hospitais governamentais para a iniciativa privada com o objetivo de universalizar o acesso à assistência médica por meio do financiamento estatal com a compra dos serviços privados e do pagamento dos serviços pelos pacientes que, conforme o plano, poderiam escolher o profissional e o serviço que atendiam às suas necessidades. Conforme aponta Escorel (2012), apud Mercadante et al. (2002), este plano chegou a ser implantado em algumas localidades, no entanto, encontrou resistência em amplos setores: “[...]profissionais de saúde, sindicato de trabalhadores e governos estaduais e, veladamente, do próprio corpo técnico da previdência social”.

Os interesses privados tornam-se dominantes, contraditoriamente, tendo a intervenção estatal como principal mecanismo para seu fortalecimento. Assim, resta muito lucrativa a prática médica e farmacêutica, mediante o discurso de desqualificação do público e enaltecimento do privado, garantindo estratégias para o uso do fundo público para financiamento do privado, por meio do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), resultado da fusão dos IAPs, em novembro de 1966.

“Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. (...) A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. (BRAVO, 2011, 59).

Conforme Polignano(2001), é possível sinalizar que as principais ações na saúde implementadas durante o regime militar foram:

- criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em janeiro de 1967;

- estabelecimento das competências do Ministério da Saúde em 1967 (após 14 anos de sua criação);
- criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM);
- instituição do Sistema Nacional de Saúde, havendo o reconhecimento de atuação diferenciada entre os setores públicos e privados, em que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Bravo (2007, p. 55) também aponta, como medida importante, a implementação do Plano de Pronta Ação (1974), com vistas a “[...]disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, universalizando o atendimento de emergência”. Aponta ainda a retomada das Conferências Nacionais de Saúde. Ver quadro 1.

**Quadro 1: Conferências Nacionais de Saúde, temáticas, ministros e presidentes da República**

<b>Conferência</b>	<b>Data</b>	<b>Temática</b>	<b>Ministro da Saúde</b>	<b>Presidente da República</b>
1 <sup>a</sup>	06/1941	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organização sanitária estadual e municipal;</li> <li>2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose.</li> <li>3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento.</li> <li>4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.</li> </ol>	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
2 <sup>a</sup>	12/1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.	Pedro Calmon M. de Bittencourt	Eurico Gaspar Dutra
3 <sup>a</sup>	06/1963	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situação sanitária da população brasileira;</li> <li>2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal;</li> <li>3. Municipalização dos serviços de saúde;</li> <li>4. Fixação de um plano nacional de saúde.</li> </ol>	Wilson Fadul	João Belchior Goulart

4 <sup>a</sup>	09/1967	Recursos Humanos para as atividades de saúde	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa e Silva
5 <sup>a</sup>	08/1975	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementação do Sistema nacional de saúde;</li> <li>2. programa de saúde materno-infantil;</li> <li>3. Sistema nacional de vigilância epidemiológica;</li> <li>4. programa de controle das grandes endemias; e</li> <li>5. programa de extensão das ações de saúde às populações rurais.</li> </ol>	Paulo Almeida Machado	Ernesto Geisel
6 <sup>a</sup>	08/1977	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situação atual do controle das Grandes Endemias;</li> <li>2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde;</li> <li>3. Interiorização dos serviços de saúde; e</li> <li>4. Política Nacional de Saúde.</li> </ol>	Paulo Almeida Machado	Ernesto Geisel
7 <sup>a</sup>	03/1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8 <sup>a</sup>	03/1986	Saúde como direito, Reformulação do sistema nacional de saúde e Financiamento setorial.	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9 <sup>a</sup>	08/1992	Saúde: Municipalização é o Caminho.	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello
10 <sup>a</sup>	09/1996	Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da Saúde; Recursos humanos para a saúde e Atenção integral à saúde.	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11 <sup>a</sup>	12/2000	Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12 <sup>a</sup>	12/2003	“A Saúde que temos, o SUS que queremos”.	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva
13 <sup>a</sup>	11/2007	“saúde e democracia”	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva

14 <sup>a</sup>	11/2011	“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”	Alexandre Rocha Santos Padilha	Dilma Rousseff
15 <sup>a</sup>	12/2015	“Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro”.	Marcelo Castro	Dilma Rousseff

Fonte: [http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf) até 2007, acessado em 09/06/2016.

A primeira década da ditadura (1964 – 1974), período conhecido como “milagre econômico” em que o PIB cresceu uma média anual de 10%, foi marcada pelo crescimento econômico, em detrimento de direitos e garantias sociais, ensejando um empobrecimento das massas populares, acentuando a desigualdade social.

Iniciado o período da distensão do regime autoritário (1974 – 1979), a democracia voltou a ser pauta dos discursos, no entanto, com características que mantinham “[...]a exclusão dos setores populares e o controle nas mãos dos militares e setores dominantes da burguesia” (ESCOREL, 2012, p. 333). Dentre as iniciativas que visavam ao restabelecimento lento, gradual e seguro da democracia, destacam-se, no governo Gaisel (1974-1979), o abrandamento da censura e a negociação com setores da oposição das propostas de reforma da Lei de Segurança Nacional. Continuava, contudo, valendo das prerrogativas do AI-5 para cassar mandatos de parlamentares (1976) e fechar o Congresso Nacional (1977) quando era contrariado.

A opção por priorizar a Medicina curativa por meio do modelo de saúde previdenciário, durante a ditadura militar, fez com que a população pagasse um elevado preço, com um sistema de saúde centrado na atenção médico-hospitalar de alta complexidade, com custo elevado, sem que todos os cidadãos tivessem acesso aos serviços, uma vez que eram restritos aos que formalmente trabalhavam. Nesta perspectiva, são ilustrativas as considerações de Paim (1987):

Apesar dos Planos e programas enfatizarem reiteradamente as medidas preventivas, o financiamento das ações de saúde nos últimos 35 anos segue no sentido contrário. Em 1949, 12,9% dos gastos em saúde se faziam para assistência médico-hospitalar e 87,1% para os “serviços preventivos”, enquanto em 1982, 84,6% dos gastos foram para a assistência médico-hospitalar e apenas 15,4% para os “serviços preventivos”. A participação do Ministério da Saúde no orçamento da União vem decrescendo nas 2 últimas décadas, representando em 1984 o percentual de apenas 1,48%. (P. 14).

Com o acirramento da crise econômica no final dos anos de 1970 e início de 1980 e conseqüente aumento do desemprego e da pobreza, este modelo compromete ainda mais a assistência às pessoas, haja vista que dependia da

contribuição dos trabalhadores formais. Com efeito, no início dos anos 1980, os olhares se voltaram novamente ao setor público, buscando integrar ações curativas, preventivas e educativas mediante as ações integradas de saúde (AIS). Nesse período (anos de 1980), o assunto saúde passou a assumir uma dimensão política, em meio ao processo de democratização do País.

Nessa conjuntura, a sociedade brasileira estava permeada por diversas frentes de lutas, desde a arena política, representada pelo MDB, como as de base da sociedade civil, que tinha na Igreja Católica, no movimento estudantil universitário e no movimento sindical, seus principais representantes.

Na segunda metade dos anos de 1980, as lutas populares foram fortalecidas e auferiu força o movimento pelas “Diretas Já”. Na saúde, merece registro a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que reuniu movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores, a propor um Sistema Único de Saúde (SUS), público, gratuito, com equidade, de qualidade, para todos e controlado pela sociedade, por meio dos conselhos de saúde.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde surgiu como direito e não mais como favor, privilégio ou caridade. Aflorou, assim, a ideia da saúde como direito integral para todos, independentemente do vínculo trabalhista, enfrentando as desigualdades sociais por meio da equidade, numa perspectiva de estabelecimento da justiça social, com participação da sociedade no debate das políticas e no controle público das ações e serviços nos conselhos e conferências.

## **2.2 Reforma Sanitária: um novo momento na afirmação da saúde como direito**

De fato, “Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final dos anos 60 e início dos 70 – que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social”. (ESCOREL, 1999). E registra a referida analista:

Na década de 60 iniciou-se a formação das bases universitárias do movimento sanitário. Neste período, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimulou a utilização das ciências sociais aplicadas à saúde na América Latina. O ano de 1975 seria o marco final, com as defesas das teses O Dilema Preventista, de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de

Cecília Donnangelo. Esse foi o divisor de águas que deu início a uma teoria social da medicina no Brasil. (SCOREL, 1999 p. 19).

Com suporte na leitura da produção de Escorel (1999), é possível inferir que, em meio à ditadura militar, nasceu o ideário da Reforma Sanitária. A massa crítica do modelo de saúde concentrava-se nas universidades e foi lá (nos departamentos de Medicina Preventiva) que a base do movimento sanitário foi constituída, tendo como objetivos principais a redemocratização do País e a melhoria das condições de saúde da população. Assim circunscreve Escorel:

O Movimento Sanitário foi o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. (1999 p. 05).

O embrião do movimento sanitário foi a implantação dos departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) por toda a América Latina. Especificamente no Brasil, a criação dos DMPs ocorreu com início nos anos de 1950, com uma configuração peculiar: “[...]inicialmente vinculados à formação de profissionais da saúde, ultrapassaram esse âmbito constituindo, em maior ou menor escala, propostas de novos modelos de organização da atenção à saúde” (SCOREL, 2008, p. 331), congregando elementos da Medicina Preventiva e da Medicina comunitária. Já à época, os próprios departamentos desenvolveram crítica em relação à Medicina preventiva, considerando-a “[...]insuficiente para analisar e transformar a realidade sanitária no país” (SCOREL, 2008, p. 332).

Constitui-se uma “teoria social da saúde”, baseada no materialismo, no marxismo e na abordagem histórico-cultural. Esse pensamento ganhou força com suporte nas teses de Cecília Donnangelo - “Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho” - e de Sérgio Arouca - “O Dilema Preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”.

Em meio à expansão do capitalismo e agravamento das desigualdades sociais no Brasil, os problemas de saúde cresceram e se requalificaram, exigindo novas intervenções que superassem a “medicalização” da sociedade, muitas vezes em decorrência da falta de assistência médica. Para tanto, apareceram determinadas estratégias, com o intuito de aumentar a “[...] extensão da cobertura e melhorar a

saúde das populações rurais [...]”, culminando com a declaração de Alma-Ata<sup>11</sup> em 1978, cujo tema era “Saúde para Todos no Ano 2000”, “[...] por meio da estratégia de atenção primária” (Escorel, 1999, p. 23). Esse contexto propicia a emergência da proposta de Medicina comunitária, que propunha programas de baixo custo e contavam com a participação da comunidade, sendo vinculados aos DMPs. Esta discussão recebeu força nas universidades públicas, principalmente nos cursos de Medicina e no âmbito das residências médicas, que procuraram maneiras de se vincularem à população mais pobre e aos seus problemas, fazendo surgir duas teses distintas a polarizar o debate:

1 – tese que defendia um trabalho alternativo como estratégia para superar a inoperância do Estado; e

2 – tese defensora da transformação do modelo de saúde vigente no Brasil.

Neste sentido, novas bases conceituais sobre a saúde foram se desenvolvendo, buscando romper com uma concepção positivista e funcionalista, com amparo em inspirações na Teoria Social Crítica de Marx. Nesta perspectiva, foi-se desmontando a visão da neutralidade com assunção de uma atitude política diante das questões circunscritas à saúde.

Nos anos de 1960 e 1970, houve todo um investimento dos organismos internacionais, com vistas a buscar novas bases teóricas e metodológicas, capazes de aproximarem os processos de saúde das estruturas sociais. Consoante exprime Escorel (1999), “[...] em meados dos anos 70, estavam estruturadas três diferentes abordagens no campo da saúde[...] As três correntes de pensamento podem ser divididas segundo a conceitualização do ‘social’ em saúde”:

1 – Preventista: “... conjunto de atributos pessoais como educação, renda, salário, ocupação, etc”;

2 – Racionalizadora: “...um coletivo de indivíduos”;

---

<sup>11</sup> Declaração de Alma-Ata, setembro de 1978 – define saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, tratando-a como um direito humano fundamental; destaca a desigualdade entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento; institui a meta de Saúde para Todos no Ano 2000; ressalta a relação entre direito e dever dos povos em participar do planejamento e na execução dos cuidados em saúde; enfatiza a responsabilidade governamental no cumprimento da meta de Saúde para Todos no Ano 2000; estabelece os cuidados primários como estratégia chave para consecução da meta; enfatiza a necessidade de cooperação internacional para assegurar o cumprimento da meta. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. USS, 6 – 12 de setembro de 1978. <http://cmdss.2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acessado no dia 07 de novembro de 2017.

3 – Médico-Social: “um campo estruturado de práticas sociais” (PAIM, 1985:89)

Cabe adentrar a vertente médico-social na base de um modelo de saúde, assumindo nos processos de Reforma Sanitária no Brasil e que Escorel assim delinea:

Essa teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos (1999 p. 29).

Com efeito, esse movimento propunha não somente uma mudança nas práticas de saúde, mas também na prática política de abordagem dos problemas de saúde e da sociedade como um todo, havendo um envolvimento nas lutas mais gerais que havia naquele contexto histórico.

A segunda metade dos anos de 1970 foi marcada pela intensificação das lutas contra o regime militar e a dura maneira como este reagia às lutas dos grupos de oposição, sendo considerado o período mais violento da ditadura.

À medida que novos profissionais eram formados, já com ideias preventistas, e incorporados à máquina estatal e acadêmica, eram alargados os espaços para as mudanças em curso.

Na perspectiva de Escorel (1999), o fortalecimento do movimento sanitário e o de outros movimentos sociais teve como elemento fundamental a articulação dos partidos de oposição à ditadura política, principalmente os grêmios comunistas, dentre os quais se pode destacar o Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Apesar da forte repressão desse período ditatorial, a sociedade civil ampliou a luta, organizando-se de diversas configurações com a finalidade de “[...]expressar suas necessidades e suas críticas”. A autora também destaca na contextura desse movimento de fortalecimento da sociedade civil, a relevância da Igreja Católica, a criar mecanismos para o enfrentamento ao regime.

Afundado em uma crise econômica, decorrente da condição de endividamento do País e em contexto de ascensão do capital financeiro, o governo brasileiro não implementou totalmente o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que trazia, em seu texto, outra visão sobre a política social.

No referido Plano, com vistas a legitimizar ações do governo ditatorial, houve um incremento de investimento das solíticas Sociais, criando programas e projetos, necessitando de pessoal técnico capacitado para o desenvolvimento das ações.

De tal modo, destacam-se três espaços institucionais que Escorel (1999) considera como pilares institucionais para a estruturação/articulação do movimento sanitário:

- o setor de saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA);
- a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP); e
- o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS).

Conforme aponta Escorel (1999),

Essas três frentes institucionais articularam uma rede de sustentação de projetos e de pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento. (P. 43).

Nesse sentido, essas instituições foram responsáveis por criarem programas importantes no contexto da ditadura, porém, com o olhar transformador do movimento sanitário, evidenciando uma tessitura contraditória no interior do Estado. Dentre eles é importante ressaltar:

- Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN); e
- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Em paralelo a estas ações, é importante destacar o fato que, no Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em junho de 1974, o “clima” era outro<sup>12</sup>, contemplando interesses privados, aliados à burocracia estatal, incrementando as condições para a “[...]lucratividade criando e/ou fortalecendo através do Estado e por meio dos recursos públicos uma burguesia empresarial nacional” (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986, p. 216), mediante a utilização dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que propiciou as bases

---

<sup>12</sup> Havia uma diferenciação clara entre as ações do Ministério da Saúde (atendimentos de interesse coletivo) e as da Previdência Social (atendimento médico-assistencial individualizado), mantendo a preocupação de legitimação das ações do governo.

financeiras para que a máquina empresarial da saúde constituísse e equipasse unidades hospitalares privadas.

Para dar envergadura aos interesses privados empresariais que dominavam a Previdência Social, foi formulado, em setembro de 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA), no qual “[...]a Previdência comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente”, por meio de recursos oriundos do FAS. Em verdade, como demarca Escorel (1999, p. 55), “[...]o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas”.

O setor saúde estava dividido entre o Ministério da Saúde que, embora, enfrentando oposições, conseguia combater os interesses privados; e a Previdência Social, em que predominavam os interesses econômicos do setor privado do mercado. Foi nesse âmbito contraditório que os representantes dos movimentos sociais adentraram os espaços governamentais.

A renovação de quadros ocorreu a partir da ocupação da secretaria geral pelo Dr. José Carlos Seixas, médico sanitário de São Paulo que recrutou “elementos jovens em grande parte nas universidades, em especial a USP, e sem grandes nomes na Saúde Pública que constituíram um grupo progressista dentro da especialidade, com propostas de oposição aos modelos tradicionais”. (SCOREL, 1999, p. 58 apud. ALMEIDA & OLIVEIRA, 1979:4).

Em sua análise, Escorel (1999) aponta, ainda, três vertentes-base que compunham o movimento sanitário e suas características. São elas:

- Movimento Estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - difusão da teoria da medicina social;
- Movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica – atuação política na arena concreta do mundo do trabalho;
- Profissionais das áreas de docência e pesquisa das Universidades Públicas – construção do marco teórico – referencial ideológico – a orientar o Movimento de Reforma Sanitária, constituindo base de formação dos agentes reprodutores e dos novos construtores desse marco.

Na segunda metade dos anos de 1970, em virtude da inserção de pessoas ligadas ao Movimento Sanitário nos organismos estatais, ideias do Movimento passaram a ter concretude, chamando a atenção em um duplo sentido: por um lado, denuncia os interesses mercantis contrários; por outro, afirmação dos interesses

estatais, mediante o baixo custo das ações e do escopo dos atendimentos. Partindo, pois, das ações integradas de saúde (AIS), desenvolvidas em âmbito nacional ou regional, as quais representaram um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, orientadores da proposta de Reforma Sanitária, Escorel (1999), assinala três projetos importantes:

- a) Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS) – o objetivo era planejar a expansão física dos serviços, considerando a população total e o total de serviços. De fato, era a materialização do princípio da universalização dos serviços;
- b) Projeto Montes Claros (PMC) – o objetivo era desenvolver um modelo assistencial que garantisse maior cobertura com baixo custo – com efeito, “... permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular” (ESCOREL, 1999 – p. 137).
- c) Projeto de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS) – cujo objetivo era “implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes no Nordeste” (ESCOREL, 2008 – p. 345)

Esses projetos são destaque porque ultrapassaram a operacionalização, configurando um papel ideológico, materializando as propostas transformadoras daqueles que lutavam pela reorganização dos serviços de saúde, com foco na democracia, consubstanciado no Movimento de Reforma Sanitária.

O modelo construído com a experiência dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária (ESCOREL, 2008, p. 346).

No final dos anos de 1970 e início dos de 1980, a realidade brasileira foi marcada por crises: econômica, social e também moral, que provocaram/intensificaram o questionamento da legitimidade do regime militar.

Neste interim, o movimento sanitário foi fortalecendo suas bases e estabelecendo alianças com outros movimentos pela redemocratização do País. Seus

defensores inseriam-se nos movimentos de base, assim como nos grandes projetos do governo, conquistando espaço no debate público.

No início dos anos de 1980, a crise da Previdência Social era notória e o Governo partiu na tentativa de contê-la, e, em meio às lutas sociais pela redemocratização que ganhavam força, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Referido Colegiado apresentava, em sua base, projetos político-ideológicos antagônicos, que disputavam espaço e poder e defendiam, de maneira sucinta, três proposições:

- *A proposta conservadora*, que defendia (...) a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público – manutenção do status quo;
- *A proposta modernizante/privatista*(...) contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial;
- *A proposta racionalizadora*: supunha a saúde como direito de cidadania a implicar a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, sendo o setor privado considerado como complementar e subordinado (...), no âmbito do Movimento intitulado *Reforma Sanitária*. (BRAVO, 2011 – 107 e 108, apud TEIXEIRA (1989, p. 50-51)).

A universalização da assistência médica teve início em 1982, com o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), por cujo intermédio, as prefeituras passaram a atender toda a população, independentemente do vínculo previdenciário, e o INAMPS custeava os serviços, mediante o pagamento de produtividade.

Em 1984, as ideias do movimento sanitário passaram a ser hegemônicas dentro do INAMPS e o PAIS foi redimensionado, reordenando a política nacional de saúde, cujos princípios eram:

- Responsabilidade do poder público;
- Integração interinstitucional;
- Regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados;

- Valorização das atividades básicas;
- Utilização plena da capacidade da rede pública;
- Descentralização do processo de planejamento e administração;
- Planejamento da cobertura assistencial;
- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Legitimidade da participação dos segmentos sociais em todo o processo.

A mudança na Saúde Pública no Brasil já estava em curso, mas foi, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que as propostas do Movimento Sanitário ganharam força e expressão em todos os meios. O grande diferencial desta conferência foi a participação dos usuários e seu relatório final a encarnar a base fundante do Movimento Sanitário no Brasil: unificação do sistema de saúde, conceito ampliado de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado, elaboração de bases financeiras e criação de instâncias institucionais de participação social. Em 1988, o movimento de reforma sanitária, após amplo debate, teve as propostas aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, inscritas na Constituição Federal, o que culminou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ante as proposições, é possível inferir que o Texto Constitucional incorporou as propostas da reforma sanitária, mas, também, privilegiou parte da proposta modernizante/privatista, a consubstanciar-se nos Artigos 196 ao 200, conforme descritos:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;  
 III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;  
 IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;  
 V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;  
 VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;  
 VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;  
 VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, Constituição Federal de 1988).

É, pois, com a Constituição Federal de 1988 que podemos falar da saúde como direito,

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. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)  
 Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Constituição Federal de 1988)

A política de saúde vigente até 2016<sup>13</sup> resulta do movimento de reforma sanitária iniciado nos anos de 1970, o que culminou com diversas propostas incluídas no Texto Constitucional de 1988 e regulamentadas mediante as Leis nº 8.080/90 e nº 8142/90. É um movimento que tem raízes políticas e ideológicas assentadas na luta de classes e representa as conquistas dos movimentos sociais, em meio à redemocratização do País.

### **2.3 O SUS no âmbito do Estado Brasileiro: a universalização da saúde em um Estado que se ajusta às demandas do capital**

A definição de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou de enfermidade”<sup>14</sup> é expressa como resultante das condições de vida, do contexto socio ambiental, das modalidades de trabalho e

<sup>13</sup> – No item 2.4, faço um panorama da PEC 241/55 e seus influxos para as políticas sociais, sobremaneira a política de saúde, uma vez que a proposta de ajuste fiscal mudou a realidade de investimentos nas políticas sociais e apresentou 2016 como ano-base para correções monetárias.

<sup>14</sup> Conceito de Saúde redefinido na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – em 1946.

produção, trazendo para a saúde múltiplos fatores, em uma efetiva ampliação de perspectiva. É uma reconceitualização da saúde a exigir que o Estado “[...]assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno de cidadania” (CAMPOS, 2004). É a saúde no terreno da cidadania, nos marcos do Estado de Direito.

É com o nascimento do Estado de direito que ocorre a passagem final do ponto de vista do Príncipe para o ponto de vista dos Cidadãos. No Estado despótico, os indivíduos singulares só têm deveres e não direitos. No Estado absoluto, os indivíduos possuem, em relação ao soberano, direitos privados. No Estado de direito, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos. (BOBBIO, 2004, p. 31).

Atendendo aos pressupostos da nova conceitualização da saúde, após amplo processo de lutas, no Brasil, nasceu o SUS com a Lei 8.080/90, trazendo em seu arcabouço, princípios doutrinários - universalização, equidade e integralidade - e organizativos - regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular - que conduzem o desenrolar de toda a política de saúde, orientando seus objetivos, conceito e finalidade.

Hei de destacar o avanço que a política de saúde, nos marcos do SUS, representou, principalmente porque foi constituída com suporte na participação de vários agentes e sujeitos políticos, mediante um processo de lutas engendrado desde a primeira Conferência Nacional de Saúde, em articulação com as lutas pela democratização do País. Esse sentimento fica evidente no documento produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde quando da análise histórica e política das Conferências de Saúde:

Um dos avanços mais importantes ocorreu na área da saúde. Há razões para isso. O movimento social que alcançou a inscrição do direito à saúde mobilizou ampla gama de atores, envolvendo especialistas, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos, profissionais de saúde, em torno de reivindicação clara: a saúde como direito universal. Também era clara a atribuição do dever correspondente. Caberia ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito (CONASS, 2009, p. 10).

Em um exame das constituições brasileiras anteriores à de 1988, segundo as pistas de Paula de Abreu Pirotta Castilho (2014), constata-se que, somente na Constituição Federal de 1988, a saúde é tratada como direito social fundamental,

produzindo no Estado a obrigatoriedade pelo seu cumprimento. Para a efetivação da saúde como direito, foi criado um arcabouço legal. Cabe uma configuração, de modo sucinto, dos marcos regulatórios<sup>15</sup> desta política executada via SUS:

- Constituição Federal (artigos 196 a 200);
  - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
  - Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata 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;
  - Portaria, 2.203 de 05 de novembro de 1996 que aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde;
  - Resolução 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
  - Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta o Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde, à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990;
  - Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 que altera os artigos, 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde;
  - Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002 que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002;
  - Lei 10.424, de 15 de abril de 2002 que acrescenta o Capítulo VI e o artigo 19-I (Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar) à Lei 8.080/90;
- e

---

<sup>15</sup> Legislação básica disponível no site do Ministério da Saúde considerada como marco regulatório da Política de Saúde executada por meio do SUS.

- Lei 11.108, de 07 de abril de 2005 que modifica o Título II “Do Subsistema Único de Saúde” e passa a vigorar acrescido do Capítulo VII “Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, e dos artigos 19-J e 19-L ([portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao))

Em verdade, percebo que existe um arcabouço legal amplo para garantir a execução da política de saúde, contudo, é importante destacar o fato de que essas leis são subsidiadas pela Carta Magna, e esta assenta-se em dois princípios fundantes: a cidadania e a dignidade da pessoa humana - que devem nortear as relações das pessoas em sociedade. O princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/88) está ligado à obrigatoriedade do Estado em tomar providências para que todos os cidadãos tenham condições dignas de sobrevivência, constituindo-se verdadeiro pressuposto da democracia.

É supérfluo acrescentar que o reconhecimento dos direitos sociais suscita, além do problema da proliferação dos direitos do homem, problemas bem mais difíceis de resolver no que concerne àquela "prática" de que falei no início: é que a proteção destes últimos requer uma intervenção ativa do Estado, que não é requerida pela proteção dos direitos de liberdade, produzindo aquela organização dos serviços públicos de onde nasceu até mesmo uma nova forma de Estado, o Estado social. Enquanto os direitos de liberdade nascem contra o super poder do Estado - e, portanto, com o objetivo de limitar o poder -, os direitos sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado. (BOBBIO, 2004 p. 35).

No que se refere aos princípios da cidadania e da dignidade da pessoa humana, os objetivos inscritos, tanto na Constituição Federal quanto na Lei 8.080/90, demonstram uma preocupação do Estado<sup>16</sup> em proporcionar aos cidadãos uma

---

<sup>16</sup> Aqui, como pesquisadora, retomo a concepção marxista de Estado, considerando as indicações de Carlos Nelson Coutinho (1994), em seu ensaio “Dualidade de Poderes: Estado e Revolução no Pensamento Marxista”. Coutinho distingue uma dupla configuração estatal: a visão marxista restrita do Estado, formulada por Marx, demarcando duas determinações centrais, quais sejam, a natureza de classe do Estado, a serviço dos interesses da burguesia e o caráter coercitivo da ação estatal; a visão marxista do Estado Ampliado que, considerando a natureza de classe e a dimensão coercitiva do Estado, circunscreve o seu caráter contraditório, a partir das lutas e tensionamentos das classes dominadas, no âmbito da sociedade civil. É a visão gramsciana do Estado circunscrito na formulação síntese: Estado = sociedade política + sociedade civil. (COUTINHO, 2014). No caso brasileiro, o Estado Capitalista, no final dos anos 1970, década de 1980, vivencia um processo de ampliação, fundado nas lutas pela democratização do País, culminando com a Constituição Federal de 1988, a reconhecer direitos sociais na afirmação da cidadania, a partir dos embates dos Movimentos Sociais. Nesta perspectiva, destaca-se o movimento de reforma sanitária que afirma a saúde como direito, consubstanciado no SUS.

sociedade mais justa, mediante a implementação de políticas sociais, como uma via para enfrentamento das desigualdades.

Cabe deixar claro o fato de que o arcabouço legal e teórico do SUS é permeado pelo conflito entre mercado e cidadania, porquanto os direitos sociais, garantidos por meio da Constituição Federal de 1988, nascem na contramão das transformações do mundo capitalista.

Enquanto, no Brasil se propunha a universalidade de determinadas políticas públicas, dentre elas a da saúde, nos países centrais, as políticas sociais universais, já estavam comprometidas em virtude das metamorfoses do sistema capitalista com o desmonte do Estado de Bem-Estar.

Assim como os demais países periféricos, o Brasil não consolidou o modelo fordista de produção, nem desenvolveu políticas ditas keynesianas. Ainda assim, o *capitalismo tardio*<sup>17</sup> não hesitou em trabalhar significativas mudanças nos ditos países em desenvolvimento, submetendo-os às políticas focais do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, seguindo a “receita” neoliberal de restrição, focalização e redução da intervenção estatal, atingindo diretamente as políticas sociais.

As estratégias da concepção neoliberal encontram solo fértil na América Latina e no Brasil e atingem diretamente as ações do Estado e dos sindicatos. Assim, tem-se um Estado que “[...]ajusta e ajusta-se” aos ditames do capital financeiro. Essa força que o neoliberalismo ganhou nos anos de 1970 foi analisada por Perry Anderson (1995):

Tudo o que podemos dizer é que este é um movimento ideológico, em escala verdadeiramente mundial, como o capitalismo jamais havia produzido no passado. Trata-se de um corpo de doutrina coerente, autoconsciente, militante, lucidamente decidido a transformar todo o mundo à sua imagem, em sua ambição estrutural e sua extensão internacional (P. 22).

Esse novo regime de acumulação do capital exige do Estado nova atitude, obrigando-o a diminuir os gastos sociais para remunerar o capital financeiro com ganhos superestimados advindos das altas taxas de juros e do pagamento de títulos da dívida<sup>18</sup>. Esse contexto, político e econômico de restrição dos gastos sociais, é

---

<sup>17</sup> Expressão utilizada por Behring, 2002, para designar a fase atual do capitalismo, estabelecendo o período pós-1945 aos dias de hoje.

<sup>18</sup> Conforme dados constantes em estudo realizado pelo IPEA (2012, ed. 72), a inflação, no período da década de 1980 e início da 1990 chega a patamares de hiperinflação, superando os marcos de 100% em 1982, 200% em 1984, 300% em 1987 e mais de 1000% em 1989. Esta megainflação, com juros

expresso na implementação das políticas sociais no Brasil, dentre as quais a da saúde, pois, segundo Pires,

É nesse contexto contraditório que o Sistema Único de Saúde se inscreve, trazendo em si as ambiguidades de se pretender universal, justo e democrático em plena crise mundial dos Estados de proteção social (2006 p. 63).

No âmbito do fortalecimento mundial do neoliberalismo que, no Brasil, a saúde é inscrita como direito de cidadania, constituindo-se obrigação estatal. Nessa relação contraditória, a ofensiva neoliberal não tarda a rebater os preceitos constitucionais que fundamentam o SUS. Assim, a pretensão de organizar os serviços para garantir saúde de modo universal e igualitária passa a disputar espaço com a perspectiva defensora de um modelo que restringe a política pública de saúde para assistência aos pobres, abandonando, assim, a perspectiva de direito e descaracterizando os princípios básicos que constituem o SUS, principalmente o da universalidade.

As políticas sociais, desenhadas e garantidas na Constituição Federal de 1988, nem mesmo foram regulamentadas e já foram objeto de intensos embates. A reforma constitucional do Estado ainda nem havia sido concretizada e já se implementava a contrarreforma para atender às necessidades de um Estado Liberal<sup>19</sup>. Instaurou-se um ciclo de ajustamento, atendendo desmedidamente ao Consenso de Washington<sup>20</sup>.

As conquistas democráticas consubstanciadas na Constituição de 1988 são inegáveis. O contexto político e econômico vigente, todavia, agravado pelo

---

altíssimos impulsionou os ganhos dos investidores ao comprarem títulos do governo, uma vez que quanto mais alto forem os juros mais lucro os investidores terão. Neste cenário, o contrário acontece com os trabalhadores que com uma hiperinflação diminuem o consumo, diminui a oferta de emprego e aumenta o endividamento.

<sup>19</sup> "De um só golpe, Collor eliminou todos os obstáculos não tarifários e iniciou um processo de redução acelerada das barreiras tarifárias. Tudo isso em plena recessão e sem a preocupação de buscar contrapartidas para os produtos brasileiros nos mercados externos nem de dotar o país de um mecanismo de salvaguardas contra práticas desleais de comércio de nossos competidores". (BATISTA, 1994 – p. 28)

<sup>20</sup> "Em novembro de 1989, reuniram-se na capital dos Estados Unidos funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados - FMI, Banco Mundial e BID - especializados em assuntos latino-americanos. O objetivo do encontro, convocado pelo Institute for International Economics, sob o título "Latin American Adjustment: How Much Has Happened?", era proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região. Para relatar a experiência de seus países também estiveram presentes diversos economistas latino-americanos. Às conclusões dessa reunião é que se daria, subsequentemente, a denominação informal de "Consenso de Washington". (BATISTA, 1994, p. 05).

discurso de crise econômica, comprometeu a implementação das garantias constitucionais. Nesse sentido, o que é visto é “[...]a dominância do Estado Ajustador, em confluência com o Estado Democrático”. (CARVALHO, 2015 p. 49). Apesar das conquistas constitucionais, que configuram o Estado Democrático, as ideias neoliberais “encontraram solo fértil” no Brasil, uma vez que o País acolheu de maneira irrestrita os ciclos de ajuste do capital mundializado.

Dentre os mais significativos prescritores para superação da “crise”, cabe destacar o Banco Mundial que, em 1990, iniciou sua onda de receitas para moldar o novo sistema às configurações de uma política neoliberal que traz como pensamento hegemônico sobre as políticas sociais a perspectiva de que “[...] aliviar a pobreza e mantê-la em níveis suportáveis seria condição necessária para o futuro crescimento de todos”. (RIZZOTTO, 2005, p. 141).

A preocupação de manter um país em condições favoráveis para a política neoliberal exigia um Estado mínimo para os gastos sociais e máximo para o mercado, ao ponto de fazer recomendações para o terreno da saúde, conforme pode ser visualizado em análises de pesquisadores da temática:

(...) médicos generalistas, co-pagamento feito pelo paciente, listas de espera, incentivos fiscais para seguro privado, opções de tratamento ambulatorial e assistência domiciliar, transferência de um volume maior da assistência para o setor privado, redução do número de leitos hospitalares e do tempo de permanência, limite no pagamento por serviço, criação de mercados internos nos sistemas públicos, limite na aquisição e uso de tecnologia e limite na cobertura em termos de população ou de diagnósticos tratados. (RIZZOTTO, 2005, p. 144).

Os ataques ao projeto democrático da saúde tiveram início ainda nos anos de 1990 com os Governos Collor (1990 – 1992) e Itamar Franco (1992 – 1994), mas foi no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995 – 2002) que a contrarreforma do SUS foi explicitamente deflagrada com a implantação do projeto neoliberal, fortalecendo os grupos contrários ao SUS (BORLINI, 2010)

As expectativas de mudança de paradigma com a eleição do governo de esquerda, representado pelo PT no início dos anos 2000, não se cumpriram, uma vez que as medidas neoliberais continuaram a ser implementadas, seguindo fielmente o receituário do Consenso de Washington.

Nestes ataques e ofensivas da contrarreforma neoliberal, a participação da sociedade tem novo sentido: o da transferência de responsabilidade pela execução de ações de cunho social, realimentando o voluntariado e a filantropia, descaracterizando as lutas e os direitos sociais.

Outro aspecto crucial para a saúde é o financiamento, haja em vista a necessidade de atender a uma política dita universal. O Brasil prima, todavia, pela implementação de políticas macroeconômicas restritivas, que tem como objetivo principal o ajuste das contas externas e, assim, exige a manutenção de superávits primários e, conseqüentemente, redução dos gastos públicos sociais. As políticas sociais são subordinadas à dominação do capital financeiro no Brasil, ensejando cortes dos recursos para a área social, principalmente para a saúde.

Além dos pontos expressos, a política de saúde é alvo de constantes pressões midiáticas, que questionam a competência do Estado em gerir e executar políticas públicas de qualidade. Com essa empreitada, há um reforço da desconfiança da população relativamente à capacidade de atendimento do SUS. Com efeito, o enaltecimento da eficiência e qualidade das ações e gestão da rede privada permeiam o ideário nacional, realçando a efetividade e a eficácia do mercado. Tornar a atuação estatal ineficiente é estratégico para que o mercado adentre a gestão do público.

#### **2.4 O SUS na contemporaneidade brasileira: impactos da política de neoliberalização do Governo Temer – A Emenda Constitucional 95**

Para adentrarmos a Política de Neoliberalização do Governo Temer, mais especificamente a EC 95<sup>21</sup>, faz-se necessário que, inicialmente se aborde o Programa de Governo do PMDB, intitulado “Uma Ponte para o Futuro”, dado a público em 29 de outubro de 2015.

Este Programa denota, de maneira clara, que o PMDB já acreditava no *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, apesar deste processo só ter iniciado

---

<sup>21</sup> Tramitação da EC 95:

- PEC 241 - 10 de outubro de 2016 - foi aprovada em primeiro turno na [Câmara dos Deputados](#) por 366 votos a favor, contra 111 contrários e duas abstenções;
- 25 de outubro de 2016 - foi aprovada em segundo turno na Câmara por 359 votos a favor, contra 116 contrários e duas abstenções;
- PEC 55 - 29 de novembro de 2016 - foi aprovada em primeiro turno no [Senado Federal](#) por 61 votos a 14;
- 13 de dezembro de 2016 - foi aprovada em segundo turno no Senado por 53 votos a 16;
- EC 95 - 15 de dezembro de 2016, a PEC foi promulgada no Congresso.

oficialmente em 02 de dezembro de 2015, após o recebimento de denúncia-crime de responsabilidade pelo então Presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha.

“Uma Ponte para o Futuro” é, de fato, um aprofundamento da política neoliberal implementada no Governo Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002), que trazia como pressupostos, dentre outros,

- combater os déficits orçamentários nos três níveis de governo, detendo o crescimento da dívida pública em relação ao produto interno, aliviando a pressão do setor público sobre a poupança privada e abrindo espaço para a redução continuada dos juros;
- aprofundar a reestruturação do setor produtivo, levando adiante o programa de privatização e fortalecendo o Estado no papel de regulador e indutor do desenvolvimento (PROGRAMA DE GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO – Um Novo Estado para uma Nova Sociedade, p. 09).

O papel do Estado passou a ter novo sentido, o de contribuir para a harmonia entre a sociedade e o mercado, garantindo a implementação de leis que assegurassem os investimentos da iniciativa privada. Uma explicação das configurações do Estado para o neoliberalismo é expressa por Anderson (1995):

O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, (...). Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. (P. 10).

O Programa “Uma Ponte para o Futuro” (2015) reinterpreta todos os pressupostos do neoliberalismo, em meio a uma crise econômica profunda, acentuada por uma crise política, sustentando como referência:

(...)o Estado deve ser funcional, qualquer que seja o seu tamanho. Para ser funcional ele deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 04).

O discurso em torno do equilíbrio ou redução das contas públicas é emblemático para os adeptos da política neoliberal, pressuposto que aparece de maneira veemente no Programa “Uma Ponte Para o Futuro” quando destaca:

“(...) Sem um ajuste de caráter permanente que sinalize um equilíbrio duradouro das contas públicas, a economia não vai retomar seu crescimento e a crise deve se agravar ainda mais. Esta é uma questão prévia, sem cuja solução ou encaminhamento, qualquer esforço para relançar a economia será inútil. Nenhuma visão ideológica pode mudar isto”. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 05)

Desde que foi dado a público, o Programa “Uma Ponte para o Futuro” recebeu inúmeras críticas de profissionais, institutos e órgãos renomados, todavia

não surtiram efeito. No Programa “Uma Ponte para o Futuro” há uma justificativa para esse tipo de comportamento:

Nosso desajuste fiscal chegou a um ponto crítico. Sua solução será muito dura para o conjunto da população, terá que conter medidas de emergência, mas principalmente reformas estruturais. É, portanto, uma tarefa da política, dos partidos, do Congresso Nacional e da cidadania. Não será nunca obra de especialistas financeiros, mas de políticos capazes de dar preferência às questões permanentes e de longo prazo. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 05).

E acrescenta,

A solução destas questões não é apenas de natureza técnica: depende de decisão política. Na ausência de uma ação forte e articulada, que conduza a um conjunto de reformas nas leis e na constituição, a crise fiscal não será resolvida e, ao contrário, tende a tornar-se cada vez mais grave. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 07)

Para consubstanciar as propostas contidas, o referido plano prevê a alteração da Carta Magna, fato que estava previamente estabelecido no programa de governo do PMDB, o qual foi elaborado em 2015, quando ainda vigorava o Plano de Governo da Presidenta eleita Dilma Rousseff. As mudanças em curso não estão acontecendo por acaso, nem foram pensadas após o *impeachment* da Presidenta; são anteriores, numa espécie de movimento criado para que surja uma atmosfera propícia a recebê-lo e implementá-lo. Em nenhum momento, o documento deixa obscuras suas pretensões em atacar a Constituição Federal e acentua que “[...] Para enfrentá-lo teremos que mudar leis e até mesmo normas constitucionais, sem o que a crise fiscal voltará sempre”. (P. 06).

Desde então, há todo um esforço de explicar e justificar no documento as causas do déficit público, atribuindo a grande responsabilidade às vinculações constitucionais. Reafirma que tais vinculações causam défices, tendo em vista que as despesas públicas se tornam obrigatórias, sem que haja a garantia dos recursos necessários para executá-las.

Para um novo regime fiscal, voltado para o crescimento, e não para o impasse e a estagnação, precisamos de novo regime orçamentário, com o fim de todas as vinculações e a implantação do orçamento inteiramente impositivo.

Se quisermos atingir o equilíbrio das contas públicas, sem aumento de impostos, não há outra saída a não ser devolver ao orçamento anual a sua autonomia.

Para isso é necessário em primeiro lugar acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e com educação. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 09).

Em sendo assim, para os defensores do Programa “Uma Ponte para o Futuro”, a Constituição Federal, do modo como se mantém nos dias atuais, exprime rigidez ao orçamento público por meio das vinculações. Para superar essa barreira,

mencionado programa oferece como proposta a devolução da autonomia ao orçamento público que deve ser discutido e votado no Congresso. Esta autonomia acentuará a disputa pelo fundo público, uma competitividade ainda mais acirrada entre os parlamentares e os movimentos sociais para ampliação e manutenção de direitos que, na prática, necessitam de recursos financeiros para sua implementação.

Considero, pois, esta, uma das contradições da própria PEC. As vinculações constitucionais foram estratégias para garantir que a União e os entes federados pudessem alocar recursos suficientes para o desenvolvimento dos programas e serviços previstos na própria Constituição. Estabelecer um teto para o gasto público, principalmente com programas sociais, não reestabelece a autonomia do orçamento público; na verdade, torna-o mais rígido, uma vez que não há previsibilidade de melhoria das ações, tornando-se necessária, a cada ano, a diminuição dos programas e serviços que serão ofertados à população.

Como expressei inicialmente, o Programa do PMDB, que ora orienta o Governo Temer, encarna forte ideologia neoliberal, traçando um caminho que desfigura as políticas sociais inscritas na Constituição Federal, sobretudo a saúde e a educação, que, tratadas como universais, exigem um esforço coordenado para obterem bons resultados, principalmente no que se refere ao financiamento.

Permeado por uma visão exageradamente economicista, o Programa do PMDB pretende adentrar outras searas, além da saúde e da educação, tal como a previdência social, propondo “[...] o fim de todas as indexações, seja para salários, benefícios previdenciários e tudo o mais. A cada ano o Congresso, na votação do orçamento, decidirá, em conjunto com o Executivo, os reajustes que serão concedidos”. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 10).

Além dos aspectos já expressos, outro ponto fundamental do Programa de Governo, ora em vigor, reside no “orçamento com base zero”, que não garante a continuidade dos programas estatais, os quais passarão a receber avaliações constantes (anuais) de eficiência e eficácia, o que poderá culminar com o fim do programa.

Finalmente, vamos propor a criação de uma instituição que articule e integre o Poder Executivo e o Legislativo, uma espécie de Autoridade Orçamentária, com competência para avaliar os programas públicos, acompanhar e analisar as variáveis que afetam as receitas e despesas, bem como acompanhar a ordem constitucional que determina o equilíbrio fiscal como princípio da administração pública. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015 p. 10-11).

Conforme a proposta, o salário-mínimo não deverá mais ser referência para reajustes de benefícios previdenciários ou assistenciais, haja vista que não é considerado um indexador e sim “[...] um instrumento próprio do mercado de trabalho. Os benefícios previdenciários dependem das finanças públicas e não devem ter ganhos reais atrelados ao crescimento do PIB, apenas a proteção do seu poder de compra.” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 12).

Para finalizar, o documento contém 12 ingredientes para uma receita de sucesso, conforme vem descrito.

- 1 – “ (...) construir uma trajetória de equilíbrio fiscal duradouro”;
- 2 – “ (...) estabelecer um limite para as despesas de custeio inferior ao crescimento do PIB, através de lei, após serem eliminadas as vinculações e as indexações que engessam o orçamento”;
- 3 – “ (...) alcançar, em no máximo 3 anos, a estabilidade da relação Dívida/PIB e uma taxa de inflação no centro da meta de 4,5%”;
- 4 – “ (...) executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada”;
- 5 – “ (...) realizar a inserção plena da economia brasileira no comércio internacional”;
- 6 – “ (...)promover legislação para garantir o melhor nível possível de governança corporativa às empresas estatais e às agências reguladoras”;
- 7 – “ (...) reformar amplamente o processo de elaboração e execução do orçamento Público”;
- 8 – “ (...) estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas. O Brasil gasta muito com políticas públicas com resultados piores do que a maioria dos países relevantes”;
- 9 – “ (...) na área trabalhista, permitir que as convenções coletivas prevaleçam sobre as normas legais”;
- 10 – “ (...) na área tributária, realizar um vasto esforço de simplificação, reduzindo o número de impostos e unificando a legislação do ICMS, com a transferência da cobrança para o Estado de destino”;
- 11 – “ (...)promover a racionalização dos procedimentos burocráticos e assegurar ampla segurança jurídica para a criação de empresas e para a realização de investimentos, com ênfase nos licenciamentos ambientais”;
- 12 – “ (...)dar alta prioridade à pesquisa e o desenvolvimento tecnológico que são a base da inovação”.

A EC 95 é a materialização do Programa de Governo “Uma Ponte Para o Futuro”, que o Presidente Michel Temer não tardou por apontar logo após assumir a Presidência da República.

Atendendo à proposta de estabelecer um equilíbrio fiscal duradouro, a referida PEC apresenta, no Art. 1º, o período de 20 anos para vigência, podendo ser revista somente após dez anos. A data-base para o cálculo é o ano de 2017 para a saúde e a educação, ao passo que para as demais despesas primárias<sup>22</sup>, será o ano de 2016.

---

<sup>22</sup> Despesas Primárias: aquelas que pressionam o resultado primário, alterando o endividamento líquido do Governo (setor público não financeiro) no exercício financeiro correspondente.

Desde que foi aprovada pela Câmara dos Deputados, ainda com o número 241, a PEC recebeu diversas análises críticas<sup>23</sup>. Dentre estas, cabe destacar a Nota Técnica nº 28 do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), de setembro de 2016, de autoria de Fabiola Sulpino Vieira e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides, ambos analistas daquele órgão. Na nota, os autores trazem grande preocupação nas repercussões da PEC para o setor da saúde.

Não é de hoje que se discute o subfinanciamento do SUS. Desde que foi implementado, o SUS carece da garantia de recursos para cumprir sua proposta principal: universalidade e equidade. Para tanto, outras emendas à Constituição foram aprovadas, visando a estabelecer a vinculação de recursos para a execução das ações e serviços, Emenda Constitucional nº 29/2000 e Emenda Constitucional nº 86/2015.

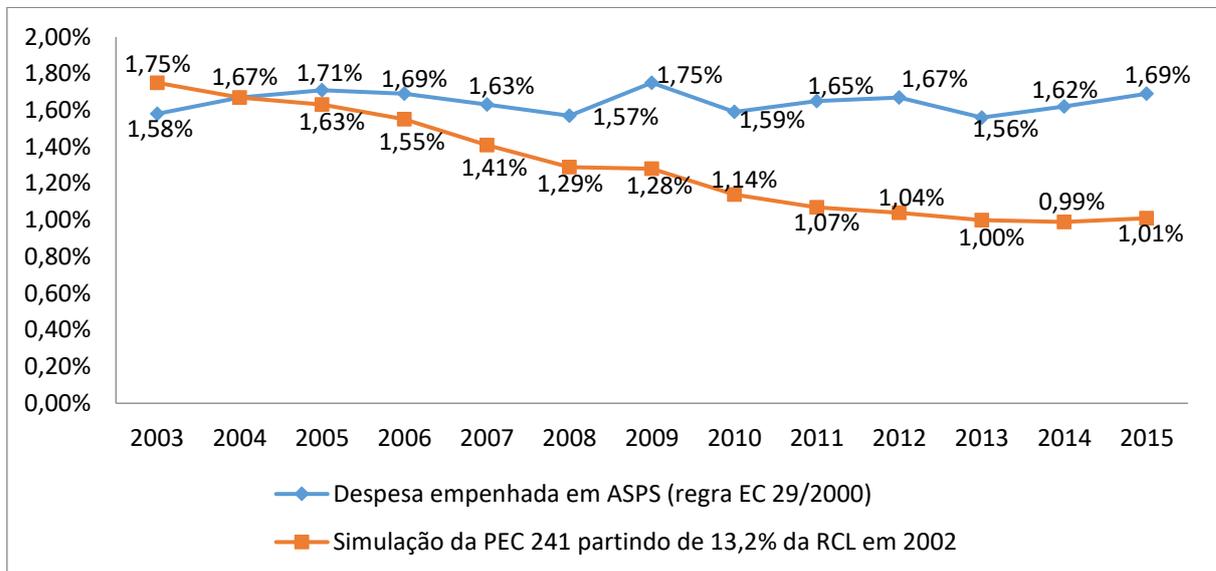
A PEC 241/55 muda completamente toda essa estruturação para viabilizar avanços no SUS, montada para melhorar o acesso da população às ações e serviços de saúde. Sua proposta congela os gastos com saúde, educação e outras políticas sociais, sendo corrigidas pela inflação, não levando em conta o crescimento da receita do País, tampouco o crescimento demográfico.

Os autores desta Nota Técnica elaboraram um gráfico que pretende demonstrar uma realidade de influência da PEC, caso ela vigorasse desde 2003, tendo como referência o percentual de 13,2% da Receita Corrente Líquida de 2002. O que é visto é uma queda brusca das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de modo continuado.

---

<sup>23</sup> Durante o último trimestre de 2016, o País foi tomado por protestos contra a PEC do Teto dos Gastos Públicos (241/55), porém, apesar das diversas manifestações (mídia, internet, redes sociais, movimentos de rua), o Congresso aprovou a PEC 241/55 com expressivo quantitativo de votos a favor. Esse comportamento do Congresso se mostra contraditório, uma vez que durante, a votação do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, ancorou seu discurso nos movimentos populares – discurso e posicionamento que não foram mantidos quando da votação da conhecida PEC do “fim do mundo”.

**GRÁFICO 1 - Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.**



Fontes: Siga Brasil para as despesas empenhadas com ASPs. IBGE para o Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Ministério da Fazenda para a Receita Corrente Líquida (RCL). Elaboração dos autores.

Nesta Nota Técnica, os autores fazem diversas demonstrações, montam vários cenários para projetar as influências da PEC, após sua aprovação<sup>24</sup>. E, assim como em estudo anterior, que fez uma retrospectiva com dados comparativos, as projeções também revelam que a PEC trará prejuízo para o financiamento do SUS e, conseqüentemente, para a população.

Ante o quadro expresso, em que o financiamento das políticas sociais será reajustado conforme a inflação do ano anterior, sem considerar as especificidades de cada política social, os autores acentuaram que as dificuldades em relação ao acesso aos serviços de saúde aumentarão vigorosamente, o que acarretará o aumento da judicialização, acentuando o “[...] desequilíbrio ainda maior na distribuição da oferta de bens e serviços entre os grupos sociais”. (p. 15).

Conforme será abordado na próxima seção, a judicialização é um fenômeno crescente e retrata a grande quantidade e a diversidade das situações de saúde que não conseguem ser atendidas pelo SUS em tempo hábil. Para garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, torna-se necessário incrementar os investimentos nessa área. De efeito, a política econômica adotada pelo

<sup>24</sup> PEC 55 aprovada em segunda votação no Senado Federal, no dia 13 de dezembro de 2016, por 53 dos 69 votos.

Governo Temer demonstra um retrocesso das garantias constitucionais, um verdadeiro desmonte do Estado Brasileiro.

Outro documento importante para se compreender as críticas à PEC 241/55 é a Nota Técnica nº 82/2016, da Procuradoria Geral da República, que considera a proposta de emenda inconstitucional, alegando que ela interfere diretamente na:

- “independência e autonomia dos Poderes Legislativo e Judiciário”;
- “autonomia do Ministério Público e demais instituições constitucionais integrantes do Sistema de Justiça, e, por consequência, o princípio constitucional da separação dos Poderes”

Mencionada Nota Técnica concentra opiniões em pontos mais relacionadas ao que a PEC interfere no Judiciário, mas superadas as questões de independência e autonomia dos poderes, de certa maneira, há uma concordância com o conteúdo da proposta, sugerindo apenas a diminuição da vigência de vinte para dez anos.

A divergência de entendimento sobre a PEC, principalmente no que se refere à constitucionalidade da proposição, permeia o Legislativo, inclusive no seu parâmetro técnico, demonstrado em pareceres divulgados em notas técnicas durante o mês de novembro. É possível apontar pelo menos três que chamaram a minha atenção como pesquisadora - os Boletins Legislativos nº 53, nº 55 e nº 57.

O Boletim Legislativo 53, de autoria de Ronaldo Jorge Araujo Vieira Junior<sup>25</sup>, aponta como objetivo principal a análise da violação das cláusulas pétreas da Constituição Federal por meio da aprovação da PEC 55, principalmente no que se refere “[...]ao voto direto, secreto, universal e periódico (inciso II), à separação de Poderes (inciso III) e aos direitos e garantias individuais (inciso IV) [...]”.

Entendendo a inconstitucionalidade da PEC 241, a deputada federal Jandira Feghali, além de outros deputados federais do Partido Comunista do Brasil (PC do B) e do Partido dos Trabalhadores (PT) entrou com o Mandado de Segurança nº 34.448/2016. Apesar dos argumentos, no dia 10 de outubro, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Luís Roberto Barroso, indeferiu a medida liminar que tratava de pedido de sustação da tramitação da PEC, por violação de cláusula

---

<sup>25</sup> Consultor Legislativo do Senado Federal na área do Direito Constitucional, Administrativo, Eleitoral e Partidário. Mestre em Direito e Estado pela Universidade de Brasília (UnB). Ex-Consultor-Geral da União da Advocacia-Geral da União (2007-2010).

pétrea, restando ao Senado o posicionamento final, efetivado no dia 13 de dezembro de 2016, aprovando a PEC 55 por 53 votos a favor e 16 contra.

Analisando de maneira vertical o conteúdo da PEC, Vieira Júnior (2016) aponta como primeira violação à constitucionalidade a interferência no princípio da separação dos poderes:

A supressão da possibilidade de discutir, num universo de vinte anos, os limites de suas despesas primárias retira da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, do Tribunal de Contas da União, de todos os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União o elemento central para o efetivo exercício de sua autonomia na elaboração de seu orçamento. (BOLETIM LEGISLATIVO 53, p. 12).

Em seguida, faz uma reflexão sobre a temporalidade prevista na emenda, estabelecendo 20 anos de vigência do Novo Regime Fiscal, considerado longo por demasiado, além das vedações ao Congresso Nacional estabelecidas nos arts. 103, 104 e 109, e considera que,

Nesse sentido, é flagrantemente inconstitucional dispositivo que vise a impedir a apresentação de proposição legislativa, seja ela qual for, por parlamentar, em face do que estabelecem os arts. 51, inciso IV, e 52, inciso XIII. Trata-se de mitigação da autonomia das Casas do Congresso Nacional que possuem a competência de dispor sobre sua organização e funcionamento e intolerável violação ao princípio da separação dos Poderes. (BOLETIM LEGISLATIVO 53, p. 15).

Outro princípio acerca do qual Vieira Júnior discorre é a respeito da violação, é o da segurança jurídica, uma vez que o grande período de vigência da medida dissocia o crescimento do País com expansão dos serviços públicos, sobretudo nas áreas da saúde e da educação.

(...)correremos o risco de passar de um cenário de extrema contenção e restrição orçamentária para um quadro de extrema insegurança jurídica, pautado pelas decisões tópicas do Poder Judiciário que não garantem a priorização, a homogeneidade e a organicidade necessária na implementação das políticas públicas. (BOLETIM LEGISLATIVO 53, p. 20).

Citado especialista, ainda, percorrendo as violações às cláusulas pétreas, discorre claramente acerca de como a PEC viola o princípio da razoabilidade/proporcionalidade e mostra como base para suas colocações a fala da economista Laura Carvalho, proferida em audiência no Senado Federal. De tal modo, desmonta os argumentos da PEC e demonstra como a medida atinge de maneira desproporcional a população mais vulnerável e que mais precisa dos serviços públicos, representando a descontinuidade de programas e serviços, representando nitidamente a desresponsabilização do Estado em relação às expressões da questão social.

Apesar de não estar expresso na PEC, outro princípio que será gravemente violado, segundo o autor, é o do voto direto, secreto, universal e periódico, uma vez que os representantes eleitos pelo povo não terão como definir o limite de despesas de seu Governo, interferindo diretamente na atuação dos governantes, uma vez que não terão, de maneira integral, como definir seu programa de Governo, uma vez que já está previamente definido por 20 anos.

Por fim, analisa os influxos da PEC nas áreas da saúde e da educação, haja vista que, em 2016, estas áreas foram vítimas de profundos cortes e terão como base para o NRF os gastos de 2017. Desde então, os valores serão corrigidos, também, pelo IPCA, ocorrendo apenas atualização monetária.

Congelar despesas com a saúde é desconsiderar todas as dificuldades que esta área enfrenta para implementação de um serviço público universal e de qualidade, desconsiderando algo, que, inclusive, não depende simplesmente da gestão dos recursos, mas também do crescimento demográfico.

Diminuir/congelar os gastos com a saúde passa longe das soluções historicamente apontadas e já desenvolvidas, inclusive em realidades de crise, como foi a da implementação do Programa Saúde da Família. Conforme proposto pela emenda, o fosso entre acesso e universalidade tenderá a ficar ainda maior.

Na educação, acontece algo semelhante ao ocorrente na da saúde. Os investimentos da área da educação, apesar de terem crescido nos últimos anos, não eram suficientes para proporcionar uma educação pública, universal e de qualidade. Em adição à escassez de recursos, em 2016, houve um corte ainda maior, algo que, possivelmente, não será reintegrado em 2017, ano de base para o NRF.

O voto em separado do senador Roberto Requião (PMDB/PR), reitera o entendimento expresso pelo consultor do Senado, Ronaldo Jorge Araújo Vieira Junior, exposto anteriormente.

Como vimos, é flagrante o ataque da EC 95 aos direitos sociais, fato já analisado por diversos órgãos, estudiosos e políticos. As análises tendenciosas indicadas com o intuito de justificarem a referida PEC (Boletim Legislativo nº 55 e nº 57) limitam-se ao conteúdo de base técnica, sem analisar as repercussões das medidas na vida das pessoas mais vulneráveis que, evidentemente, são as que mais recorrem aos serviços públicos, os mesmos que sofrerão congelamento de investimentos ao longo de 20 anos.

O que os críticos questionam não é uma reforma fiscal, mas o modo como esta ocorre: às pressas; sem discussão; sem considerar as análises e as garantias constitucionais; por um período excessivo; sem considerar outras opções que não apenas a população mais vulnerável; além da desresponsabilização do Estado na proteção das pessoas.

Essa decisão, pelo fato de restringir os gastos públicos com políticas sociais, aumentará, de maneira significativa, a busca dos cidadãos pelo Judiciário como expediente para garantir o direito à saúde.

## **2.5 O contexto da saúde pública no Ceará em tempos contemporâneos**

Durante o período que precedeu a redemocratização do País, o Ceará foi marcado pelo predomínio de uma política coronelista, assistencialista, dirigida por grupos oligárquicos. Tal ciclo, denominado de “política dos coronéis” foi interrompido após a eleição de Tasso Jereissati (1987-1991), que propunha a modernização da gestão pública, de cunho liberal, representando o ‘Grupo de Jovens Empresários’<sup>26</sup>. Essa transição do comando de grupos políticos coincide com a ascensão do movimento pela reforma sanitária no Ceará, em 1985.

Numa situação política propícia às mudanças que estavam em curso em todo o País, o Ceará não tardou articular, junto a intelectuais, funcionários públicos e partidos de oposição, ideias democráticas que pretendiam romper com o clientelismo coronelista. Essa dinâmica foi engendrada pelo Movimento Pró-mudanças<sup>27</sup>. Conforme Holanda et al. (2011), na saúde, registra-se a criação do Comitê da Saúde<sup>28</sup>, reunindo figuras importantes que integravam o movimento de reforma sanitária no Ceará, e, mais tarde, assumiram a Secretaria de Saúde ou ocuparam cargos técnicos dentro da Pasta, sendo este grupo um coletivo estratégico para pensar a política pública de saúde no Estado.

---

<sup>26</sup> Segundo analistas da vida brasileira, o Ceará, com o “Governo das Mudanças”, de Tasso Jereissati, representa um laboratório de políticas neoliberais em termos de condução do Estado.

<sup>27</sup> Por meio do Centro Industrial, uma elite empresarial jovem, com propostas de mudança dos indicadores socioeconômicos e da estrutura política do Ceará, foi projetada aqui e fora do Ceará. De fato esta elite de jovens empresários idealizaram um projeto que, antes de meados da década de 1980, foi tomando mais claramente o formato de um projeto político-administrativo para gerenciar o Estado, a partir do poder institucional. Martin, Isabela. Os empresários no poder: o projeto político do CIC (1978/1986). Fortaleza: Omini Editora Associados Ltda, 2002, p. 56.

<sup>28</sup> Pesquisei, de modo sistemático, a criação deste Comitê de Saúde no Ceará, mas não consegui identificar data de criação e outros elementos que melhor explicassem tal grupo.

Assim, em 1985, aconteceu, no Ceará, o Congresso de Saúde, que contou com a participação de vários setores da sociedade. Nesse evento, foram eleitos delegados para participarem da VIII Conferência Nacional de Saúde, de onde surgiram as bases para implementação do SUS (HOLANDA et al. 2011, p. 391).

Com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, no Governo Sarney, por meio do Decreto nº 94657, de 20 de julho de 1987, no Ceará, segundo Abu-El-Haj (1999), o secretário estadual de saúde assumiria o comando das três instituições que compunham a pasta da saúde, quais sejam: a Superintendência do INAMPS, a Presidência do Conselho Deliberativo da Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e a própria direção da Secretaria Estadual de Saúde, constituindo-se em comando único (IBIDEM).

Tendo como base o ideário do movimento de reforma sanitária, aliado com um quadro de seca, de mortalidade infantil além de outras mazelas no campo da saúde, durante o final dos anos de 1980 e por todos os de 1990, o Ceará engendrou esforços para mudar o panorama socioeconômico até então vigente, desenvolvendo programas e projetos que mais tarde se tornaram referência nacional.

Com suporte na experiência do Município de Jucás, que implantou um programa denominado Auxiliar de Saúde, em 1987, foi criado, em todo o Ceará, o Programa Agentes de Saúde (PAS) que tinha dois objetivos principais: geração de empregos para atender à população vítima da seca e, secundariamente, o desenvolvimento de atividades de acompanhamento domiciliar, sobretudo às famílias que tivessem crianças e gestantes em seu domicílio. Essa iniciativa rendeu ao Estado do Ceará melhorias significativas na saúde das crianças, reduzindo a mortalidade infantil de 107/1000 para 65/1000, e elevou a cobertura vacinal contra sarampo e pólio. Foi assim, essa estratégia reconhecida pelo Governo Federal que, em 1988, oficializou o PAS, passando a financiá-lo e, em 1991, tornou-se um programa de âmbito federal, constituindo-se no Programa Nacional de Agentes de Saúde (PACS).

No que se refere ao controle social, o Ceará também se antecipou à legislação, criando, em 1989, o Conselho Estadual de Saúde, por meio da Resolução nº 07/89, da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS)<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> A Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) foi criada em 22 de março de 1984, pelo então Governador do Estado. As Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) eram grupos de trabalhos compostos por servidores e técnicos. Conforme aponta Abu-El-Haj, apud Holanda et al. 2011, enquanto em outros estados os conselhos eram vistos como adversários, no Ceará a Secretaria Estadual de

Outra inovação que ocorreu no Ceará, sob a orientação das propostas do movimento de reforma sanitária, foi a primeira experiência do Programa Saúde da Família<sup>30</sup>, em 1993, no Município de Quixadá, trazendo nova proposta de reorganização da atenção à saúde no nível primário. Além da experiência da Quixadá, há de se registrar que Fortaleza, referente a trabalho com equipes multiprofissionais, teve a primeira iniciativa, na gestão do prefeito Juraci Magalhães (1991 – 1992).

Com este novo modelo de atenção à saúde, baseado na reorganização do nível primário, houve significativo aumento do número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e conseqüente crescimento de cobertura da população na saúde. Conforme dados do Ministério da Saúde, ao final de 1998, o Ceará contava 149 municípios com Equipes de Saúde da Família (ESF), atendendo a 1.974.961 pessoas, correspondendo a 28,54% da população cearense. Ainda conforme os dados do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), é perceptível o fato de que o número de ESF tendia a crescer e a aumentar sua cobertura populacional. Desse modo, em 2013, todos os municípios do Ceará possuíam Equipes de Saúde da Família, aumentando a cobertura para 6.171.669, representando 72,35% da população cearense (BRASIL - MS/SAS/Departamento de Atenção Básica DAB – [dab.saude.gov.br](http://dab.saude.gov.br)).

Como estratégia para garantir recursos a serem aplicados na área da saúde para execução das ações propostas, o Município de Icapuí foi pioneiro ao criar, em 1991, “[...] um dos primeiros Fundos Municipais de Saúde (FMS) do país”, inspirando outros municípios do Ceará a também criarem instituições similares que eram compostos com “[...] recursos provenientes do Governo Federal e Municipal” (HOLANDA et al., 2011, p. 393-394).

Houve ainda preocupação com a formação de pessoas para atuarem nesse novo contexto de formatação de políticas públicas, vivenciado, então, no Brasil. Neste sentido, em 1994, a Universidade Federal do Ceará (UFC) iniciou o Mestrado em Saúde Pública e a Universidade Estadual do Ceará (UECE) começou o Mestrado

---

Saúde (SESA) estimulava, por meio do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), a criação de Conselhos Municipais, considerando-os aliados no que concerne à identificação de demandas sociais.

<sup>30</sup> A proposta, no início, tinha o nome Medicina ou Médico de Família. Foi com base em um documento apresentado ao MS para financiamento, de uma Residência Universitária em Saúde da Família, de Quixadá, no Ceará, de novembro de 1993 - onde o Dr. Odorico trabalhava como Secretário Municipal de Saúde - que se aproveitou o nome do programa. Portanto, posso considerar que o nome de Programa Saúde da Família foi de autoria do Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade (GIRADE, 2010, p. 23).

Acadêmico em Saúde Pública. Em 1993, foi criada a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), estratégica para a formação de recursos humanos que já estavam inseridos no sistema de saúde.

É possível, então, apontar que, nos anos de 1990, o Ceará preparou as bases para implantação do SUS por meio da municipalização, descentralização, criação de fundos e conselhos municipais de saúde e a implantação de programas estratégicos, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família.

Seguindo o eixo da descentralização, enquanto os anos de 1990 estavam sob o enfoque da municipalização, como estratégia da gestão e do acesso aos serviços de saúde, nos anos 2000, a descentralização assumiu novo enfoque: o da regionalização, com vistas a garantir a universalidade e a integralidade do SUS, haja vista que um município sozinho não teria condições de dar resolubilidade a todas as necessidades de saúde da população. Esse debate da regionalização da saúde também foi procedido e implementado no Ceará, antes mesmo das normativas e orientações do Governo Federal, reconhecendo a necessidade de uma nova reorganização dos serviços de saúde para atender às prerrogativas do SUS, principalmente para acesso aos serviços de maior complexidade e alto custo.

Conforme aponta Mesquita (2012), neste Estado, a regionalização foi efetivada no período de 1996 a 1999, sob a influência do governo britânico. Tal se efetivou, de início, por meio do Projeto de Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde no Estado e, no período de 2000 a 2003, por intermédio do Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará (PARSSEC). Esses dois projetos contaram com a participação efetiva da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), das demais secretarias municipais de saúde e da Escola de Saúde Pública (ESP). A primeira experiência de regionalização deu-se na região de Baturité, desde a segunda metade dos anos de 1990 e foi estendida para todo o Estado, em 1998, por meio da Resolução nº 05/98 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará que dividiu o Ceará em 21 microrregiões e três macrorregiões de saúde.

Atualmente, o Ceará conta com 22 regiões de saúde e cinco macrorregiões, estruturando o Sistema Estadual de Saúde. A regionalização é coordenada pela Secretaria de Saúde do Estado por meio das coordenadorias regionais de saúde (CRES), às quais compete: implementar as políticas de saúde; assessorar na organização dos serviços; orientar, planejar, acompanhar, avaliar e monitorar as

atividades e ações de saúde no local, seguindo normas técnicas; promover a articulação interinstitucional; gerir o sistema de referência e contrarreferência e executar outras atividades e ações de competência estadual (MESQUITA, 2012, p. 29).

Em razão da estratégia de regionalização, os serviços foram organizados em redes que, segundo Santos (2008), estão conectados com um território e a uma dada população, com suas respectivas demandas, organizando-se em três níveis de atenção à saúde. O nível primário, ou atenção primária, cuja “[...] estratégia principal é o Programa Saúde da Família” (PORTELA et al, 2012, p. 60), constituindo-se na “[...] porta de entrada do sistema”. Em seguida, destaca-se a atenção secundária “[...] formada pelos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, sob a responsabilidade dos municípios, tendo como estratégia operacional a organização das microrregiões de saúde [...] (IBIDEM). O nível terciário é representado por “[...] serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, organizados nas macrorregiões” (IBIDEM).

Uma vez intensificada a regionalização, foram sendo estruturadas as redes de atenção à saúde, provenientes do pacto pela saúde, instituído pelo Decreto 7.508/11. Nesse sentido, o Estado do Ceará aderiu às cinco redes temáticas, a seguir descritas.

- Rede Cegonha – instituída pela Portaria nº 1.457 de 24 de junho de 2011;
- Rede psicossocial – instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011;
- Rede de Urgência e Emergência – instituída pela Portaria nº 1.600 de 07 de junho de 2011;
- Rede de atenção Integral da Saúde das Pessoas com Deficiência – instituída pela Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012; e
- Rede de atenção integral da saúde das pessoas com Doenças Crônicas – instituída pela Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014.

Ainda sob a perspectiva da regionalização em saúde, buscando atender às necessidades de saúde das mais diversas regiões do Ceará, foi estabelecida uma estrutura com diversos equipamentos de saúde, voltados para o atendimento das especificidades de saúde, distribuídas nas 22 microrregiões de saúde e nas cinco

macrorregiões. Dentre os equipamentos e serviços ofertados, destacam-se: policlínicas regionais, centros de especialidades odontológicas (CEOs regionais), hospitais regionais (Hospital Regional Norte, em Sobral e Hospital Regional do Cariri); unidades de pronto atendimento (UPAs). Existe ainda uma rede de hospitais públicos e conveniados que atendem usuários do SUS, além de outros serviços de reabilitação, como os centros de atenção psicossocial (CAPS).

O Hospital Universitário Walter Cantídio é uma das unidades públicas, vinculada à Universidade Federal do Ceará, gerido pela EBSERH, que compõe a atenção terciária de Fortaleza, sendo referência para todo o Estado do Ceará e para as regiões Norte e Nordeste, no que se refere a transplante de órgãos, obedecendo aos fluxos e protocolos estabelecidos pelo complexo regulador do Ceará (CRESUS/CE). Com vistas a ofertar serviços de saúde à população, conforme suas necessidades.

Apesar das iniciativas apontadas anteriormente, o Estado do Ceará convive com o dilema das filas de espera, demonstrando que o Sistema de Saúde não expressa capacidade suficiente para acolher a demanda, interferindo diretamente no acesso das pessoas aos serviços de saúde. O discurso oficial do Governo enfatiza as cifras investidas na saúde. Contraditoriamente, os *médias* revelam, diariamente, o sofrimento dos cidadãos em busca de atendimento de saúde. O mesmo sistema de saúde que realiza transplante de órgãos, um procedimento de alta complexidade, convive, no Posto de Saúde do bairro, responsável pela Atenção Básica, com a falta de medicamentos constantes na lista da farmácia básica.

Diversas são as estratégias apontadas por intelectuais e trabalhadores da saúde, com vistas a melhorar essa condição de incapacidade do sistema de saúde. Dentre estas, se destacam: fortalecimento da Atenção Básica; requalificação das filas de espera; intensificação do financiamento; qualificação/educação continuada dos profissionais de saúde; implementação de protocolos e escuta dos usuários e trabalhadores da saúde.

Enquanto não se chega a uma solução, a população convive com esse sistema de saúde ambíguo, que, apesar das grandes conquistas e avanços – científicos, tecnológicos, da gestão – ainda não consegue garantir seu princípio básico: a universalidade do acesso, fazendo com que as pessoas recorram a outros meios para conseguir tratamento para o seu problema de saúde, dentre eles, a judicialização.

### **3 JUDICIALIZAÇÃO COMO VIA DE ACESSO AO DIREITO À SAÚDE: UM FENÔMENO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Como já abordado, após uma história de lutas para conquistar a saúde como direito de cidadania, permanece, nos dias atuais, um sistema que não consegue atender a toda a demanda reprimida. Além da grande procura, desde que instituída como direito, a saúde enfrenta uma série de ataques à sua implementação.

Compreendendo a saúde como direito de cidadania, inscrito na Carta Magna de 1988, ao que adiciono a dificuldade de acesso aos serviços e insumos necessários à manutenção da saúde, a sociedade recorre ao Judiciário como estratégia para fazer cumprir o direito inscrito na Constituição. Surge, então, o fenômeno da Judicialização da Saúde.

Neste passo, exprimo este fenômeno com esteio em três perspectivas. Inicialmente, por meio de um resgate histórico deste fenômeno no Brasil; em seguida, busco discutir, de maneira introdutória, os fundamentos jurídicos e éticos da Judicialização. No terceiro tópico, exprimo tensões e contradições deste acontecimento por intermédio da visão de analistas sobre o assunto. Por fim, tenciono demonstrar o Hospital Universitário Walter Cantídio, situando-o como integrante do sistema estadual de saúde e como foram constituídas suas bases, no contexto da saúde no Ceará.

#### **3.1 Um resgate histórico do processo de judicialização de saúde: a luta dos portadores do HIV/AIDS**

De acordo com a tese de doutoramento de George Marmelstein (2013), a judicialização é um fenômeno que coincide com a institucionalização das constituições e pode ser identificado desde o início do século XIX e “[...]consolidado no célebre caso *Marbury v. Madison* de 1803”<sup>31</sup>, sendo considerado um mecanismo de controle de constitucionalidade.

---

<sup>31</sup> Sobre esse tema, ver: A primeira decisão sobre controle de Constitucionalidade: *Marbury vs. Madison* (1803) *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, N. 2, jul./dez. – 2003

Destarte, diversos pontos são suscitados junto aos tribunais, sejam de direito de primeira, segunda ou terceira geração<sup>32</sup>, de maneira que denotem divergência em seu entendimento e/ou execução. A ação do Judiciário representa seu protagonismo decisório. Esse fenômeno ocorre nas mais diversas cortes do mundo, como bem demonstra Marmelstein em seu estudo.

Em diversos lugares do mundo, é cada vez mais frequente presenciar problemas de fronteira entre a política, o direito e a moral submetidos a um debate jurídico travado por profissionais do direito e sendo decididos, em última instância, por autoridades judiciárias. (2013, p. 25).

Esse recurso ao Judiciário foi redimensionado após a Segunda Guerra Mundial, pois, em decorrência das consequências sociais, políticas e econômicas trazidas à humanidade por este “evento”, o conteúdo dos direitos, inscritos nas constituições, foi objeto de modificações para atender a um novo modo de viver, baseado no Welfare State. Esses novos direitos, ditos como fundamentais, exigem do Estado o dever prestacional, consubstanciando mecanismos que os assegurassem, fortalecendo a atividade jurídica como meio para protegê-los.

No Brasil, a judicialização teve início após a redemocratização do País, em 1988, com o advento da Constituição Federal e dos direitos fundamentais ali inscritos, e bem como das prerrogativas e garantias concedidas ao Poder Judiciário, obedecendo ao mesmo percurso seguido em outras partes do mundo.

Assim, este fenômeno foi deflagrado no Brasil, no início dos anos de 1990, por iniciativa de pessoas vivendo com HIV/Aids, que reivindicavam acesso a medicamentos e procedimentos médicos. Esse movimento, tinha assento no pressuposto constitucional de que a política de saúde é um direito fundamental de todos e, portanto, obrigação do Estado. Nesta perspectiva, o direito à saúde estava fundado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o que resulta na igualdade de acesso e oferta de cobertura abrangente.

Para compreender melhor este vínculo da judicialização com a iniciativa das pessoas vivendo com HIV/Aids, a seguir, contextualizo o surgimento da Aids e

---

<sup>32</sup> Para Anderson Cavalcante Lobato, a primeira geração de direitos situa-se na primeira metade do século XIX e corresponde aos direitos e liberdades de caráter individual. A segunda geração de direitos fundamentais aparece na segunda metade do século XIX e corresponde ao reconhecimento dos direitos de caráter coletivo, por exemplo, o direito de reunião, de associação, de greve ou ainda os direitos relativos à participação política do cidadão. Na primeira metade do século XX começaram a surgir constituições que reconheciam os direitos da terceira geração, que se caracterizam por serem direitos que dependem de uma ação positiva do Estado e estão relacionados às questões de ordem social, econômica e cultural.

dos movimentos sociais de luta contra essa doença em uma perspectiva histórica e política.

No final dos anos 1970 surgiu, nos Estados Unidos, uma doença sem precedentes, que causou mortes inexplicáveis, por problemas de saúde, até então, considerados sob controle pelas autoridades sanitárias.

Em pouco tempo, é possível registrar casos dessa enfermidade por diversas partes do mundo, havendo imediata associação da doença com o comportamento sexual dos homossexuais, em virtude do grande número de casos identificados nesta população. No Brasil, o primeiro evento de Aids foi confirmado em 1982, denominado “câncer gay”, conforme notícia publicada pelo *Jornal do Brasil*. (<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>).

Também nesse período, conforme aponta Granjeiro (2009), registraram-se lutas e conquistas na área das liberdades individuais e do reconhecimento dos direitos das minorias, dentre as quais mulheres, homossexuais e negros. Esses grupos, socialmente marginalizados, já vinham de um decurso longo de lutas sociais e, quando surgiu o problema da Aids, eles reagiram, porquanto eram a população imediatamente atingida. Esse movimento contou com diversos agentes sociais, dentre eles a Igreja, a comunidade científica e as organizações não governamentais. Suas pautas de reivindicação requisitavam ações de atenção à saúde, prevenção e combate às situações de discriminação.

Esse momento também coincidiu com o intento da redemocratização do País, que teve como protagonista o movimento de reforma sanitária e seus agentes sociais, consoante relatam Pereira e Nichiata:

O contexto político, no período de surgimento da Aids no Brasil, era de abertura política conquistada após 21 anos de regime ditatorial. Houve, nesse período, uma grande interação entre os diversos movimentos sociais, e o movimento homossexual manteve relação direta com as causas feministas e dos negros (2011 p. 3251).

Nesse período, intensificou-se o desenvolvimento de ações para desconstituir comportamentos e atitudes que aprofundavam o preconceito em relação aos homossexuais, principalmente no que se refere à transmissão do HIV. O envolvimento do movimento homossexual na luta contra a Aids foi diretamente responsável pela implementação das primeiras políticas públicas para o enfrentamento dessa enfermidade, conforme apontado por Pereira e Nichiata,

O surgimento do movimento homossexual no país ocorreu nesse contexto favorável de mobilização da sociedade. Caracterizado como importante ator

social na luta contra a Aids e pioneiro na reivindicação de respostas governamentais voltadas ao enfrentamento da epidemia, tal movimento teve forte expressão na década de 80 (2011 p. 3250).

De tal sorte, os autores ora mencionados apontam que o primeiro grupo que se organizou em torno do movimento homossexual foi o SOMOS (Grupo de Afirmação Sexual) e apresentava como objetivo principal “[...] protestar contra o terror e o estigma difundidos pelas forças reacionárias na relação da Aids com a homossexualidade”. Como resultado da pressão exercida, em 1984, na Secretaria de Saúde de São Paulo, foi estruturado o primeiro programa para o controle da Aids.

A estruturação de programas para o controle da Aids não foi tarefa simples. Apesar da gravidade dos doentes, uma vez que, quando se descobria a doença, ela já estava em estágio avançado; apesar dos movimentos sociais tencionarem o Estado para implementação de políticas públicas, Pereira e Nichiata (2011) revelam que, ainda assim, parte da população acreditava que a Aids era uma doença que atingia apenas um grupo minoritário de pessoas. Por este motivo, consideravam que não havia necessidade de implementação de políticas públicas de grande porte, sendo esta também uma ideia compartilhada pelo Ministério da Saúde.

Esta tese, porém, foi desconstruída, uma vez que, no passar dos anos, os números de casos de Aids se multiplicavam. Consoante informações do Ministério da Saúde, seis anos após o registro do primeiro caso, o Brasil já contava com 4.535<sup>33</sup> pessoas com a doença. Esses números não paravam de crescer e envolviam não só mais os homossexuais, mas também outros públicos (mulheres, crianças, transmissão heterossexual, contaminação de profissionais de saúde), inclusive pacientes em tratamento de saúde que necessitavam do uso de sangue e hemoderivados. Com efeito, outros agentes apareceram na cena pública de luta contra a Aids.

Dentre os grupos com maior representatividade na luta contra a Aids, Pereira e Nichiata (2011) destacam alguns que iniciaram este processo no Brasil:

- O GAPA, da cidade de São Paulo, foi a primeira ONG/Aids, fundada no Brasil, em 1985, cujo objetivo principal era melhorar as condições de tratamento, além da proteção às pessoas que viviam com HIV/Aids, por meio do desenvolvimento de atividades sociais e suporte jurídicas;

---

<sup>33</sup> Dados obtidos do link: (<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>).

- No Rio de Janeiro, em 1986, foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). A ABIA lutava para que o Estado assumisse exclusivamente o tratamento e a proteção das pessoas que viviam com HIV/Aids. As ações da ABIA concentravam-se em pressionar o governo para dar respostas à epidemia; lutava pela proibição da comercialização do sangue e seus derivados na nova constituição e criticava as formas de violação dos direitos civis dos que vivem com HIV/Aids. O posicionamento da referida Associação garantiu a inserção de parte de suas reivindicações na agenda de prioridades do poder público. Dentre as conquistas da ABIA, registra-se a regulamentação dos procedimentos e diretrizes relacionadas às atividades hemoterápicas, por meio da Lei 7.649, de 25/1/1988, tornando obrigatória, dentre outras medidas, a triagem sorológica para HIV em todo o país.
- Em 1989, também no Rio de Janeiro, foi formado o Grupo Pela Vidda. Este Grupo caracterizava-se pela oferta de assessoria jurídica para atender, especificamente, às demandas relacionadas à Aids, com ações judiciais e a divulgação dos direitos civis de pessoas vivendo com HIV/Aids para a sociedade.

Além dos trabalhos específicos de cada grupo/associação, o Grupo pela Vidda e a ABIA juntaram-se para fortalecer a luta em torno das pessoas que viviam com HIV/Aids. Assim, foi aprovada a Lei 7.670, que garantia às pessoas que viviam com HIV/Aids, os benefícios previstos para doenças incapacitantes ou terminais, tais como: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), auxílio-doença, pensão e aposentadoria, sem período de carência. Importante é destacar que as conquistas em termos de políticas públicas foram possíveis, em decorrência de uma correlação de forças entre Estado e a mobilização política da sociedade civil.

Com esta atuação dos movimentos sociais, é possível registrar avanços nas políticas de atenção e prevenção destinadas às pessoas com Aids, conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro 2: Ações e Políticas implementadas a partir dos movimentos sociais**

Ano	Ações/Políticas implementadas a partir dos movimentos sociais
1984	Estruturação do Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, primeiro programa brasileiro para o controle da Aids
1985	Caracterização dos comportamentos de risco no lugar de grupo de risco
1986	Criação do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde;
1989	Pressionada por ativistas, a indústria farmacêutica <i>Burroughs Wellcome</i> reduz em 20% o preço do AZT no Brasil
1991	O Ministério da Saúde dá início à distribuição gratuita de antirretrovirais
1992	A Aids passa a integrar o código internacional de doenças e os procedimentos necessários ao tratamento da infecção são incluídos na tabela do SUS
1996	A Lei 9.313 estabelece a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV
1998	Lei 9.656 define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com Aids pelos seguros-saúde privados, sem assegurar despesas com a terapia antirretroviral
2001	Organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos remédios contra aids. Muitos laboratórios são obrigados a baixar o preço das drogas nos países do Terceiro Mundo
2006	A campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids é protagonizada por pessoas vivendo com Aids, numa tentativa de desmitificar o estigma da doença
2007	O Programa Nacional de DST/AIDS institui Banco de Dados de violações dos direitos das pessoas portadoras do HIV
2010	Travestis preparam material educativo sobre identidade e respeito e lançam campanha de combate ao preconceito no serviço de saúde e na sociedade
2011	Casas de Apoio de atendimento a adultos com HIV/aids contarão com incentivo financeiro do governo federal destinado ao custeio das ações desenvolvidas com crianças e adolescentes
2013	Organizações não governamentais são capacitadas para a aplicação do novo teste rápido através do fluido oral em populações chave

Fonte: quadro elaborado por mim, a partir dos dados obtidos do link [www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html](http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html)

A luta dos movimentos sociais de combate à Aids é constante e exprime como fundamento principal a garantia do acesso às políticas de saúde, de modo universal e gratuito. Esses pressupostos contribuíram, sobremaneira, para embasamento de outros grupos minoritários na luta pela garantia de direitos. Os resultados obtidos por via da luta organizada motivou outros movimentos sociais, e a população em geral, a recorrerem a diversas estratégias, como mecanismos de garantia de direitos, dentre elas a judicialização das políticas Públicas, sobretudo a da saúde.

### 3.2 Fundamentos jurídicos e éticos da judicialização

A esfera judicial destaca-se como competente para julgar assuntos que permeiam o cotidiano das pessoas, dividindo suas opiniões, envolvendo conteúdos valorativos. Marmelstein (2013) traz uma discussão acerca de decisões relacionadas a matérias circunscrevendo temas morais e políticos que passaram a ser transferidos para órgãos jurisdicionais, tratando de situações ligadas a área privada, social, racial, como aborto, prática sexual entre pessoas do mesmo sexo, segregação racial, eutanásia.

A atuação do Poder Judiciário, então, perpassa pontos éticos fundamentais<sup>34</sup>. Envolve decisões de conflitos ligados ao “bem-estar” das pessoas, discorrendo qual tipo de decisão é justo ou injusto.

Essa transferência do poder decisório para o Judiciário não é um fenômeno isolado, pois acontece em diversas partes do mundo, obedecendo a necessidades históricas determinadas, conforme aponta Marmelstein:

Em diversos lugares do mundo, é cada vez mais frequente presenciar problemas de fronteira entre a política, o direito e a moral submetidos a um debate jurídico travado por profissionais do direito e sendo decididos, em última instância, por autoridades judiciárias. (2013, p. 25).

---

<sup>34</sup>A palavra *judicialização* ou *judiciarização* é um neologismo que designa a possibilidade de submeter uma questão à análise do Poder Judiciário, a fim de que a controvérsia seja dirimida por órgãos jurisdicionais dentro de um processo judicial com todas as garantias e ritos a ele inerentes. A palavra *ética*, por sua vez, apesar de sua inegável polissemia, pode ser usada, em um contexto específico, para se referir a um conjunto de questões normativas, geralmente de difícil solução, envolvendo escolhas comportamentais valorativas relacionadas à concepção de *boa vida*, ao conceito de *certo e errado*, às noções de *justo e injusto*. (MARMELSTEIN, 2013, p. 25).

Sendo assim, um mesmo fato poderá ter sido julgado de uma maneira e, em outro momento ou local, a decisão poderá ser outra, atendendo ao contexto social vigente, expressando a ideia de que a atuação do Judiciário vai para além da análise e aplicação da Lei, mas atende a questões éticas e também morais em um determinado tempo histórico, social, cultural, econômico e político.

Essa expansão da esfera de atuação do Judiciário deu-se com a constitucionalização, haja vista que esse Poder se fez guardião dos direitos fundamentais que envolvem o bem-viver dos cidadãos.

De tal maneira, à Suprema Corte é atribuído o poder de verificar a compatibilidade de leis e decisões com a Constituição, aproximando da esfera judicial a sociedade e seus conflitos.

No Brasil, o Poder Judiciário também é incumbido por zelar pelo cumprimento e garantia dos direitos fundamentais. Esses direitos estão inscritos na Constituição Federal, no Título II, dos Direitos e Garantias Fundamentais, distribuídos em 05 capítulos. Quais sejam:

Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos;

Capítulo II – Dos Direitos Sociais;

Capítulo III – Da Nacionalidade;

Capítulo IV – Dos Direitos Políticos; e

Capítulo V – Dos Partidos Políticos.

Para Marmelstein (2013), essa ascensão do Poder Judiciário no Brasil acontece por três razões. Uma delas é a desconfiança, o desprestígio da população em relação aos parlamentares que, envoltos em processos de corrupção, não exercem suas funções precípuas, que são: legislativa; representação; legitimidade governamental; fiscalização e controle; de juízo político; e constituinte. Em segundo lugar, demonstra o expressivo aumento da quantidade de bacharéis em Direito, proporcionado pelo grande número de cursos jurídicos no final dos anos 1990, fato que se revelou no avanço da judicialização. Por último, aponta a própria Constituição Federal de 1988, que amplia o poder dos juízes,

No Brasil, em particular, por expressa determinação constitucional, qualquer lesão ou ameaça de lesão a direitos fundamentais pode ser submetida à apreciação judicial, e os juízes, por força da inafastabilidade da tutela jurisdicional, não podem se negar a decidirem as causas que lhes chegam (art. 5º, inc. XXXV, da CF/88). (MARMELSTEIN, 2013, p. 47).

Nessa conjuntura, é possível inferir que a judicialização é fundamentada pela institucionalização da Carta Grande, principalmente a de 1988, que estabelece os direitos sociais e uma série de garantias ao Poder Judiciário:

- a) garantias institucionais - autogestão, independência, autonomia em relação aos Poderes Executivo e Legislativo;
- b) garantias de independência - submissão exclusiva à Constituição Federal;
- c) garantias de imparcialidade e eficiência - agilidade na prestação jurisdicional.

Em tal circunstância, a quantidade e a diversidade de aspectos levados à Justiça, para que os conflitos sejam dirimidos, tornam-se notórias. Na sequência, trago dados do Conselho Nacional de Justiça, de 2015 e 2016, no documento “Justiça em Números” dos respectivos anos. Desta análise, é possível inferir que os órgãos do Judiciário demonstram a preocupação em indicar o modo como as questões chegam à Justiça tanto em números quanto em categorias de requisição.

### Quadro 3 – Assuntos mais demandados no 2º grau do Poder Judiciário – Justiça Federal - 2015

1	<b>DIREITO DO TRABALHO</b> – Rec do Contrato de Trabalho/Verbas Recisórias	512.457	7,91%
2	<b>DIREITO CIVIL</b> - Obrigação/Espécies de Contratos	435.747	6,72%
3	<b>DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO</b> – Partes e Procuradores/Assistência Judiciária Gratuita	155.423	2,40%
4	<b>DIREITO DO CONSUMIDOR</b> – Contratos de Consumo/Bancários	141.776	2,19%
5	<b>DIREITO DO TRABALHO</b> – Remuneração, Verbas Indenizatórias e Benefícios/Salário/Diferença Salarial	130.414	2,01%
6	<b>DIREITO PREVIDENCIÁRIO</b> – Benefícios em Espécie/Auxílio-Doença Previdenciário	124.413	1,92%
7	<b>DIREITO PENAL</b> – Crimes Previstos na Legislação Extravagante/Crimes de Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Drogas	124.338	1,92%
8	<b>DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO</b> – Servidor Público Civil/Sistema Remuneratório e Benefícios	117.920	1,82%
9	<b>DIREITO DO CONSUMIDOR</b> – Responsabilidade do Fornecedor	117.804	1,82%
10	<b>DIREITO DO TRABALHO</b> – Responsabilidade Civil do Empregador/Indenização por Dano Moral	109.987	1,70%
11	<b>DIREITO CIVIL</b> – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Moral	106.060	1,64%
12	<b>DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO</b> – Processo e Procedimento/Antecipação de Tutela	105.021	1,62%
13	<b>DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO</b> – Liquidação/Cumprimento/Execução/Valor da Execução/Cálculo/Atualização	93.936	1,45%
14	<b>DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO</b> – Serviços/Saúde	75.651	1,17%
15	<b>DIREITO PREVIDENCIÁRIO</b> – Ben em Espécie/Aposentadoria por Invalidez	68.459	1,06%
16	<b>DIREITO TRIBUTÁRIO</b> – Dívida Ativa	63.825	0,98%
17	<b>DIREITO DO TRABALHO</b> – Recisão do Contrato/Seguro Desemprego	63.557	0,98%
18	<b>DIREITO ELEITORAL</b> – Eleições/Candidato	60.802	0,94%
19	<b>DIREITO PREVIDENCIÁRIO</b> – Ben em Espécie/Apo por Idade (Art. 48/51)	59.761	0,92%
20	<b>DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO</b> – Servidor Público Civil/Reajustes de Remuneração, Proventos ou Pensão	58.908	0,91%

Fonte: Justiça em números 2015: ano base 2014/Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2015.

**Quadro 4 – Assuntos mais demandados no 2º grau do Poder Judiciário –  
Justiça Federal - 2016**

1	DIREITO CIVIL - Obrigação/Espécies de Contratos	433.291	7,06%
2	DIREITO DO TRABALHO – Recisão do Contrato de Trabalho/Verbas Recisórias	358.912	5,85%
3	DIREITO DO CONSUMIDOR – Contratos de Consumo/Bancários	237.315	3,87%
4	DIREITO PENAL – Crimes Previstos na Legislação Extravagante/Crimes de Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Drogas	140.648	2,29%
5	DIREITO PREVIDENCIÁRIO – Benefícios em Espécie/Auxílio-Doença Previdenciário	122.431	1,99%
6	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Processo e Procedimento/Antecipação de Tutela/Tutela Específica	114.340	1,86%
7	DIREITO TRIBUTÁRIO – Dívida Ativa	111.463	1,82%
8	DIREITO DO CONSUMIDOR – Responsabilidade do Fornecedor/Indenização por Dano Moral	104.290	1,70%
9	DIREITO CIVIL – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Moral	100.484	1,64%
10	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Servidor Público Civil/Sistema Remuneratório e Benefícios	98.604	1,61%
11	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Partes e Procuradores/Assistência Judiciária Gratuita	89.815	1,46%
12	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Serviços/Saúde	85.254	1,39%
13	DIREITO PREVIDENCIÁRIO – Pedidos Genéricos Relativos aos Benefícios em Espécie/Concessão	81.640	1,33%
14	DIREITO DO TRABALHO – Remuneração, Verbas Indenizatórias e Benefícios/Salário/Diferença Salarial	74.418	1,21%
15	DIREITO PREVIDENCIÁRIO – Benefícios em Espécie/Aposentadoria por Invalidez	72.950	1,19%
16	DIREITO DO TRABALHO – Responsabilidade Civil do Empregador/Indenização por Dano Moral	70.821	1,15%
17	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Servidor Público Civil/Reajustes de Remuneração, Proventos ou Pensão	64.578	1,05%
18	DIREITO CIVIL – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Material	60.504	0,99%
19	DIREITO CIVIL – Obrigações/Espécies de Títulos de Crédito	60.340	0,98%
20	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Medida Cautelar/Liminar	59.867	0,98%

Fonte: Justiça em números 2016: ano base 2015/Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2016.

Nestes dois quadros, é demonstrada a quantidade de casos apresentados no 2º grau de Jurisdição da Justiça Federal. Neles é possível observar, de maneira panorâmica, especificidades de matérias que são judicializadas. No que se refere à saúde, tema em discussão neste trabalho, conforme apresentado neste gráfico, em 2015 ocupou o 14º lugar com 75.651 processos e em 2016 ocupa o 12º lugar em ações judicializadas, representando 1,39% das demandas com um quantitativo de 85.254 processos, havendo pois um aumento significativo em aproximadamente 10.000 processos de judicialização da saúde no âmbito federal.

Nos gráficos abaixo é possível comparar como esse fenômeno vem se desenvolvendo no âmbito da esfera estadual nos anos de 2015 e 2016, conforme informações do documento Justiça em Números.

**Quadro 5 – Assuntos mais demandados no 2º grau – Justiça Estadual – 2015**

1	DIREITO CIVIL - Obrigação/Espécies de Contratos	416.358	12,07%
2	DIREITO DO CONSUMIDOR – Contratos de Consumo/Bancários	138.310	4,01%
3	DIREITO PENAL – Crimes Previstos na Legislação Extravagante/Crimes de Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Drogas	121.814	3,53%
4	DIREITO DO CONSUMIDOR – Responsabilidade do Fornecedor/Indenização por Dano Moral	117.106	3,40%
5	DIREITO CIVIL – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Moral	103.903	3,01%
6	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Servidor Público Civil/Sistema Remuneratório e Benefícios	89.642	2,60%
7	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Processo e Procedimento/Antecipação de Tutela/Tutela Específica	81.638	2,37%
8	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Serviços/Saúde	65.186	1,89%
9	DIREITO CIVIL – Obrigações/Espécies de Títulos de Crédito	56.142	1,63%
10	DIREITO DO CONSUMIDOR – Responsabilidade do Fornecedor/Interpretação/Revisão de Contrato	52.285	1,52%
11	DIREITO CIVIL – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Material	51.459	1,49%
12	DIREITO DO CONSUMIDOR – Contratos de Consumo/Telefonia	51.305	1,49%
13	DIREITO PENAL – Crimes contra o Patrimônio/Roubo Majorado	51.154	1,48%
14	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Medida Cautelar/Liminar	51.012	1,48%
15	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Liquidação/Cumprimento/ Execução/Obrigação de Fazer/Não Fazer	46.820	1,36%
16	DIREITO CIVIL – Obrigação/Adimplemento e Extinção	45.934	1,33%
17	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Servidor Público Civil/Reajustes de Remuneração, Proventos ou Pensão	44.986	1,30%
18	DIREITO CIVIL – Família/Alimentos	42.839	1,24%
19	DIREITO CIVIL – Obrigação/Inadimplemento	41.487	1,20%
20	DIREITO PENAL – Crimes contra o Patrimônio/Roubo	38.943	1,13%

Fonte: Justiça em números 2015: ano base 2014/Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2015.

**Quadro 6 – Assuntos mais demandados no 2º grau – Justiça Estadual - 2016**

1	DIREITO CIVIL - Obrigação/Espécies de Contratos	410.193	11,20%
2	DIREITO DO CONSUMIDOR – Contratos de Consumo/Bancários	229.446	6,27%
3	DIREITO PENAL – Crimes Previstos na Legislação Extravagante/Crimes de Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Drogas	138.058	3,77%
4	DIREITO DO CONSUMIDOR – Responsabilidade do Fornecedor/Indenização por Dano Moral	103.122	2,82%
5	DIREITO CIVIL – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Moral	96.784	2,64%
6	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Processo e Procedimento/Antecipação de Tutela/Tutela Específica	83.915	2,29%
7	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Servidor Público Civil/Sistema Remuneratório e Benefícios	76.274	2,08%
8	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Serviços/Saúde	74.804	2,04%
9	DIREITO TRIBUTÁRIO – Dívida Ativa	59.873	1,63%
10	DIREITO CIVIL – Obrigações/Espécies de Títulos de Crédito	58.583	1,60%
11	DIREITO CIVIL – Responsabilidade Civil/Indenização por Dano Material	58.014	1,58%
12	DIREITO DO CONSUMIDOR – Contratos de Consumo/Telefonia	56.481	1,54%
13	DIREITO PENAL – Crimes contra o Patrimônio/Roubo Majorado	55.667	1,52%
14	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Medida Cautelar/Liminar	53.540	1,46%
15	DIREITO ADMIN. E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO – Servidor Público Civil/Reajustes de Remuneração, Proventos ou Pensão	50.793	1,39%
16	DIREITO CIVIL – Família/Alimentos	46.876	1,28%
17	DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO – Liquidação/Cumprimento/ Execução/Obrigação de Fazer/Não Fazer	45.567	1,24%
18	DIREITO DO CONSUMIDOR – Responsabilidade do Fornecedor/Interpretação/Revisão de Contrato	45.238	1,24%
19	DIREITO CIVIL – Obrigação/Inadimplemento	42.240	1,15%
20	DIREITO DO CONSUMIDOR – Contratos de Consumo/Planos de Saúde	41.460	1,13%

Fonte: Justiça em números 2016: ano base 2015/Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2016.

Em relação à esfera estadual, os quadros 5 e 6 apontam como se mostram essas mesmas demandas por judicialização nas diversas áreas e que são tão recorrentes no âmbito quanto na área federal. No que se refere à saúde, observa-se que, em relação à Justiça Estadual, apesar de ocuparem a mesma posição, 8º lugar, houve uma demanda crescente nos anos de 2015 e 2016, registrando-se um aumento em torno de aproximadamente 9.000 casos de um ano para o outro. Enquanto em 2015 eram 65.186 processos, representando 1,89% da demanda, em 2016, esse número cresceu para 74.804, representando 2,04% dos processos no âmbito estadual.

O aumento da procura pelo Judiciário como espaço privilegiado para resolução de conflitos insere, na trama da sociedade, um novo movimento em que, as

demandas, sejam elas do terreno privado, social ou político, são transformadas em processo judicial, como bem acentua Marmelstein quando traz o pensamento de Alexis de Tocqueville:

A conhecida mensagem de Alexis de Tocqueville, ao se impressionar com o elevado número de questões sociais e políticas judicializadas nos Estados Unidos, também vale para o Brasil de hoje, pois são poucas as disputas sociais que, cedo ou tarde, não deságuam no judiciário, transformando-se em processo judicial. (2013, p. 74).

Verifica-se, portanto, que o Poder Judiciário está permeado por demandas que transcendem o âmbito do estritamente jurídico, requisitando dos magistrados e da Suprema Corte uma análise que circunscreva as exigências valorativas e éticas, que a temática envolve em determinado tempo e espaço.

No conceito da separação dos poderes, a máxima efetividade atribuída ao Poder Judiciário pela Constituição Federal poderá interferir no papel do Estado, quando este passa a promover o bem-estar social, exigindo a efetivação de direitos constitucionalmente garantidos, por meio das políticas públicas, entrecruzando aspectos éticos e jurídicos fundamentais.

### **3.3 Tensões e contradições do processo de judicialização**

Para adentrar o debate sobre judicialização, exprimo as considerações de Silva (2013) que perfaz, de maneira sucinta, um relato entre a indissociabilidade dos pressupostos de liberdade e de igualdade. Alega que, quando há um desequilíbrio desses pressupostos, torna-se fatídica e latente a desigualdade social, necessitando de um duplo movimento para o seu reequilíbrio: pressão da sociedade civil e um suporte jurídico.

Mencionada autora, aproveita para fazer breve contextualização da disseminação dos direitos fundamentais sociais, trazendo como principal característica sua “[...] intrínseca ligação com a intervenção do Estado na sociedade[...]”. Para tanto, busca no pensamento de Martins subsídios para afirmar que “[...] os direitos sociais, assim, possuem eficácia normativa, sendo inegável que

gozam de dupla fundamentalidade, formal e material. Também aponta como relevante nesse processo o “Princípio da Proibição do Retrocesso Social”<sup>35</sup>.

Dentre os direitos fundamentais sociais, Silva (2013) detém-se no direito à saúde. Com o objetivo de aprofundar essa temática, procede a uma rememoração histórica do conceito de saúde, desde quando este estava ligado a uma concepção mística, passando pela concepção de multicausalidade das doenças que considerava a interferência de fatores ambientais. Traz a Idade Média como um período de grande retrocesso para a evolução da saúde como um todo, haja vista que os acontecimentos, adoecimentos, eram tidos como castigos de Deus, não havendo como o homem interferir. Foi com o Renascimento que as ações voltadas para a saúde foram retomadas, impulsionando os estudos sobre o corpo humano e a Biologia. Assinala ainda, que, segundo Dallari e Ventura, o conceito atual de saúde pública tem origens no Renascimento.

Conforme Figueiredo (2012), no entanto, foi, após a “[...] consolidação do Estado Liberal Burguês, a partir do final do século XVIII”, que a assistência à saúde foi incorporada às atividades estatais, assumindo *status* legal – constitucional, configurando uma visão política de saúde, destacando-se os principais marcos legais: criação da Organização das Nações Unidas (ONU), instituição da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH), advento da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Outro fator importante, que contribuiu para esta incorporação fora, “[...] as manifestações decorrentes da Revolução Industrial [...]”. Dessas manifestações foi que nasceu a visão social da saúde que, segundo Strey et al. (2010),

A Women’s Health Victoria, em 2007, lembra que uma visão social de saúde se baseia em fatores sociais chave ou determinantes sociais que influenciam padrões de saúde e doença mais abrangente dentro de qualquer população dada. Fatores-chave sociais incluem o status socioeconômico (...), raça, etnia, gênero e localização geográfica (P. 15).

Ainda tratando da multidimensionalidade do conceito de saúde como algo importante a ser considerado, para Silva (2013), o núcleo essencial do direito à saúde é “[...] a situação em que estivesse plenamente garantido o estado físico e mental plenamente saudável do ser humano, com acesso aos medicamentos, tratamentos e produtos médicos essenciais para a manutenção desse estado”.

---

<sup>35</sup> Sobre o Princípio da Proibição do Retrocesso Social, ver FILETI, Narbal Antônio Mendonça (2009).

Contraditoriamente, no final do século XX, “[...] houve certo recuo em relação à proteção da saúde como direito fundamental a ser prestado pelo Estado. Corporificou-se um movimento a favor da responsabilidade individual [...]”, período marcado pelo fortalecimento do neoliberalismo e de suas concepções. Nesse embate, nasceram e evoluíram algumas teorias, como a do Retrocesso de Direitos<sup>36</sup> e a da Reserva do Possível<sup>37</sup>, em que as prestações devidas pelo Estado passaram a ser debatidas, alegando-se “[...] que o Estado não poderia arcar com todo o previsto na Constituição[...]”.

Ainda de acordo com Silva (2013), dentre os direitos previstos na Constituição, somente os enfrentam a dificuldade de implementação em decorrência da má vontade política são os direitos sociais, principalmente porque dependem de recursos estatais. Nesse sentido, ressalta a importância da atuação do Estado como provedor, garante necessidades sociais.

Assim, considerados como normas programáticas, para alguns doutrinadores, os direitos sociais assumem o *status* de cláusulas pétreas. Necessitam, no entanto, de mecanismos que assegurem o acesso dos cidadãos.

A propósito, Luiz Eduardo Motta define o princípio de acesso à Justiça e sua articulação com o conceito de cidadania, sob o manto da democracia moderna (dinâmico e renovador) e estabelece uma distinção entre Direito alternativo e judicialização.

Para o autor, o “direito alternativo” foi um movimento organizado em 1986 pela Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul, apresentando duas tendências: a primeira é uma aproximação da Justiça em relação aos menos favorecidos em uma intenção de “[...] incluir os segmentos marginalizados como clientela da Justiça e ampliar a cidadania por meio da arbitragem de conflitos individuais e coletivos”. Nesta perspectiva, a magistratura é o centro do movimento. Na segunda vertente, as comunidades e suas lutas por direitos são o centro do movimento, em que a Justiça

---

<sup>36</sup> Sobre Retrocesso de direitos ver: FILETI, Narbal Antônio Mendonça. O princípio da proibição de retrocesso social.. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 14, n. 2059, 19 fev. 2009. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/12359>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

<sup>37</sup> Sobre Reserva do Possível ver: ÁVILA, Kellen Cristina de Andrade. Teoria da reserva do possível. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3558, 29 mar. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/24062>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

“[...]busca adaptar as normas jurídicas existentes às necessidades dos setores populares” (p. 25), desmistificando a neutralidade do Poder Judiciário.

Segundo Cátia Aída Silva (apud MOTTA), este movimento recebe críticas porque nega o ordenamento jurídico em favor de um “direito alternativo”, e, de certo modo, desconsiderando os princípios e garantias conquistados na Constituição Federal de 1988.

Ainda para Luiz Eduardo Motta, a judicialização é uma tendência da democracia e nasce com o Constitucionalismo, não se desvinculando de suas leis e normas, com o intuito de garantir seu cumprimento e adentrar o campo político e social, além das relações de natureza privada.

Neste sentido, contextualiza historicamente os canais de acesso à Justiça e acentua que, em meio à ditadura nos anos de 1980, esses canais eram ditos alternativos, paralelos ao Estado. O foco da resolução de conflitos era nas comunidades. Essa temática estava ligada ao debate da “[...]ampliação da cidadania participativa, da afirmação e da garantia das liberdades negativas”, o que desembocou com o surgimento de novas figuras políticas e sociais, como: Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Congresso Nacional da Classe Trabalhadora (CONCLAT), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Associação Brasileira de Imprensa (ABI) entre outros, que fortaleceram a luta pela redemocratização.

No início dos anos 1980, quantificaram-se e qualificaram-se as lutas dos movimentos sociais, intensificando o debate dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos e sociais), incluindo as discussões dos grupos ditos “minoritários”.

Diversas eram as pautas de reivindicações, dentre as quais se destacam: emprego, terra, habitação, saúde, transporte, educação. Nesse contexto, a ampliação do acesso à Justiça permeava todas as reivindicações e foi incorporada à pauta de advogados, juízes, promotores, acadêmicos e militantes de organizações de resistência jurídica e comitês de direitos humanos.

Essa efervescência de uma cultura democrática protagonizada pelos movimentos sociais influenciou o debate intelectual da época, fazendo surgir diversas publicações e, dentre estas, é importante destacar o artigo de Carlos Nelson Coutinho, intitulado “A Democracia como Valor Universal” (publicado na revista *Encontros com a Civilização Brasileira*, nº 9, março de 1979).

Carlos Nelson (1979) (apud MOTTA) chama atenção para as “três ondas cappelletianas”<sup>38</sup> que ganharam mais importância desde a segunda metade dos anos 1980, o que culminou no acesso à Justiça como um princípio constitucional após a promulgação da Carta Magna em 1988. O artigo 5º da CF/88, com seus 77 incisos, é a maior representação da influência dos movimentos sociais na luta por direitos.

No que se refere ao conceito de cidadania, Motta retoma as percepções/definições de José Murilo de Carvalho (2002: 105 – 106), ressaltando que o conceito de cidadania possui três distintos enfoques:

1 – “a primeira vertente é a liberal, que define a cidadania enquanto titularidade de direitos ao indivíduo (...); (p. 09)

2 – a segunda vertente é a do republicanismo clássico – a principal preocupação é com o bem coletivo;

3 – “a terceira corrente é a visão comunitária de cidadania”. (P. 10)

Partindo dessas vertentes, surge o conceito de Marshall que combina as três versões. Para ele, a titularidade de direitos básicos (1) se une à preocupação com a justiça social (2) e com a identidade coletiva (3).

Ainda segundo Motta, as interpretações de Marshall provocaram outras reflexões sobre o conceito de cidadania, notadamente as de Ralf Dahrendorf, o qual afirma que o conceito de cidadania teria mudado a qualidade do conflito social moderno (1992: 61), reconhece que a sociedade moderna “[...] é marcada pelo conflito em torno da desigualdade de prerrogativas (cidadania) e provimentos (riquezas) entre seus membros”. (P. 12). Para Dahrendorf (apud MOTTA), “[...] onde há sociedade, há poder, e o poder gera não apenas a desigualdade, mas, pelo mesmo motivo, conflito (...) Os que estão em situação de desvantagem exigem daqueles que estão em posição de vantagem mais prerrogativas e provimentos”. (P. 12).

Nesta perspectiva, Motta, define

(...)democracia como um modelo político e societal, no qual os grupos, classes e indivíduos, firmam seus direitos por intermédio de conflitos nos espaços públicos, no qual demarcam suas posições utilizando recursos institucionais pautados por instrumentos legais fundamentados racionalmente. (idem, p. 21).

---

<sup>38</sup> As três ondas cappelletianas de acesso à Justiça são:

1ª – expansão da oferta de serviços jurídicos aos setores pobres da população;

2ª – incorporação de interesses coletivos e difusos;

3ª – inclusão da Justiça informal, o desvio de casos do sistema formal e a simplificação da lei.

Fonte: Luiz Eduardo Mota, p. 07)

Após densa abordagem sobre acesso à Justiça, cidadania e democracia, o autor adentra a temática judicialização, que se entrelaça com esses conceitos. Para tanto, se reporta aos estudos de C. Neal Tate<sup>39</sup> (1995), o qual assinala que, “[...] a judicialização é um fenômeno próprio do sistema democrático, sinalizando elementos que são importantes para a formação deste fenômeno:

- separação de poderes;
- política de direitos;
- pressão de grupos de interesses e das Cortes Supremas;
- ativismo judicial”.

Motta, então, exprime que, ao longo do tempo, o Direito expande sua capacidade normativa de tal modo que a Justiça, por intermédio do Poder Judiciário, adentra os mais diversos âmbitos, desde o jurídico e político-institucional até as relações sociais.

O autor aponta ainda que, segundo Maria Alice Rezende Carvalho (2002:322), nos últimos anos, há um deslocamento da cidadania cívica<sup>40</sup> para a cidadania jurídica<sup>41</sup>, o que reforça o fato de que o tema judicialização da política venha chamando a atenção de analistas diversos, porque envolve distintos desafios e perspectivas.

Desse modo, a temática da judicialização desperta o interesse de muitos estudiosos, principalmente no que se refere à política de saúde. Num esforço para esboçar opiniões acerca da temática, trago a contribuição de autores que desenvolveram trabalhos acadêmicos circunscrevendo a judicialização da saúde.

Asensi e Pinheiro (2015), demonstram a proximidade entre a saúde e o Direito e como os dois se fortaleceram desde os anos de 1980; por consequência, o Judiciário é palco de decisões relacionadas à saúde.

---

<sup>39</sup> TATE, C. Neal e VALLINDER, Torbjon. **The global expansion of Judicial Power**. New York: New York University Press, 1995.

<sup>40</sup> Para George Armstrong Kelly, apud Reis (2009, p. 236), a dimensão cívica é ligada por ele à ideia dos deveres e responsabilidades do cidadão, a sua propensão ao comportamento solidário e à observância das virtudes cívicas, propensão esta que resultaria de sua identificação com a coletividade, ou do fato de que sua própria identidade pessoal se vê marcada fundamentalmente pela inserção na coletividade.

<sup>41</sup> Cidadania Jurídica: relacionada à garantia de direitos mínimos à população. É a que primeiro se conquista ou obtém, no processo de formação de um Estado e de uma sociedade. Protegem-se precipuamente, direitos individuais.

Demonstram sucinatamente, que as decisões eram orientadas pelo “[...] convencimento pessoal do magistrado [...]”, o que ampliou o acesso aos serviços de saúde por meio das decisões judiciais. O grande marco desse fenômeno é o “reconhecimento do dever do Estado de concessão de antirretrovirais para portadores de HIV/Aids”, como já mostrado em passagem anterior deste trabalho.

Em meio a este fenômeno, o Judiciário procura estratégias para reorganizar, sistematicamente, o ato de julgar, sobretudo em matéria da política de saúde. Dentre as estratégias, os autores apontam: a criação do Fórum Nacional do Judiciário; a instituição de comitês estaduais de saúde; recomendações aos juízes sobre decisões acerca da temática (Recomendação nº. 31, de 2011, Recomendação nº 75).

Em linhas gerais, Asensi e Pinheiro (2015) delineiam o que diferencia o direito à saúde dos demais direitos sociais:

- necessidade de celeridade das decisões;
- relação direta com o direito à vida; e
- complexidade do tratamento e prevenção.

No que se refere aos processos analisados pelos referidos autores, eles denotam características peculiares:

- a maioria das demandas tem foco em aspectos curativos;
- apresentam grande contingente de demandas individuais;
- em sua grande maioria, os pedidos apresentaram deferimento final e antecipação de tutela;
- os magistrados não embasaram suas decisões nos resultados e orientações da Audiência Pública realizada em 2009 sobre a judicialização da saúde, assim como também não tomaram como referência as recomendações n. 31 e n. 36 do Conselho Nacional de Justiça;
- pouca menção ao Fórum Nacional e aos comitês estaduais; e
- tendência de utilização do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), especialmente nas capitais.

Após analisar as estratégias desenvolvidas em seis tribunais estaduais, Asensi e Pinheiro (2015) apontam três desafios que se impõem ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ) quanto à Judicialização da saúde.

- Desafios de concepção do direito à saúde
  - evitar a reprodução de uma visão medicalizada de saúde; e
  - não ser refém do argumento econômico de restrição.
- Desafios institucionais
  - enfatizar a saúde como política de Estado;
  - intensificar o espaço de diálogo institucional;
  - articular com mecanismos participativos;
  - fortalecer o Fórum nacional e os Comitês Estaduais e estimular a integração institucional entre eles;
  - institucionalizar as experiências que ainda são muito dependentes de iniciativas individuais; e
  - acesso a dados sobre o judiciário.
- Desafios do cotidiano decisório
  - capacitação inteligente de todos os atores;
  - não conceber o usuário como número.

Ainda na perspectiva de mostrar como este fenômeno se desenvolveu, outra análise importante é a realizada por Loiane Prado Verbicaro (2008), na qual a autora traz a judicialização como espaço público alternativo, como incremento da atividade judicial e expansão do Direito.

Discorre sobre a consolidação desse fenômeno no Brasil e oferece vários fatores que contribuíram, dentre eles:

- ✓ a promulgação da Constituição Federal de 1988;
- ✓ a universalização do acesso à justiça;
- ✓ a estrutura tripartite de organização dos poderes do Estado;
- ✓ a Carta Constitucional com textura aberta, normas programáticas e cláusulas indeterminadas;
- ✓ ampliação do espaço de atuação do STF;
- ✓ modificação rápida da base econômica do Brasil;
- ✓ novas formas sociais: movimentos, organizações e grupos sociais;
- ✓ agravamento da crise econômica nas últimas décadas do século XX;
- ✓ ineficácia da política macroeconômica do país e a crise social; e
- ✓ ineficácia do sistema político-decisório.

Essa temática é polêmica e divide opiniões acerca da atuação do Judiciário. Para tanto, Nunes (2014) cita autores que indicam uma dicotomia em

relação à judicialização. Defendendo o referido fenômeno, pois, utiliza-se dos argumentos de Santos:

É nesse contexto de inefetividade que surge o Poder Judiciário com o relevante mister de trazer para o centro do debate sobre os direitos sociais a principal questão atualmente relacionada com essa garantia de direitos, qual seja, a de determinar em que grau e abrangência o Judiciário tem competência de concretizar direitos sociais, como o direito à saúde e à moradia, num árduo exercício de ponderação entre o princípio da reserva do possível e o princípio do mínimo existencial (SANTOS *et al*; 2010, p. 66).

Por outro lado, recorre a autores como Barroso (2007) que contesta a atuação do Judiciário, enfatizando a primazia do Poder Executivo em sua atribuição de planejar e executar políticas públicas, havendo uma invasão de competência.

[...] vem se tornando recorrente a objeção de que as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da Administração Pública. São comuns, por exemplo, programas de atendimento integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entrega-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública. (BARROSO, 2007).

Ratificando a visão de Barroso, Motta, acentua que alguns autores não percebem este fenômeno como algo positivo, uma vez que, segundo Garapon, o crescimento da judicialização revela o enfraquecimento dos Poderes Legislativo e Executivo, reforçando o enfraquecimento do Estado e o “[...]desmoronamento simbólico do homem e da sociedade democráticos” (p. 30) recaindo na desnacionalização do Direito e na exaustão da soberania popular.

Existem ainda, autores que buscam a mediação dos os dois posicionamentos, reconhecendo a importância do ativismo jurídico, mas entendendo o papel do Executivo na elaboração e execução das políticas públicas. Neste sentido, aduzo as considerações de Rafael Robba (2016).

Ele inicia suas argumentações, mostrando dados referentes a gastos da União com ações judiciais com a saúde. Faz ainda um comparativo entre a quantidade de ações judiciais de 2009 a 2014, as quais exprimem um crescimento de 491% no período indicado.

Em suas considerações, indica que a judicialização é decorrente de dois processos complementares: por um lado, [...] “das garantias constitucionais [...] Por

outro lado, o sistema de saúde brasileiro é extremamente desfragmentado e subfinanciado[...], e conclui:

Portanto, a jurisdição bem exercida, dentro dos limites legais, é antes uma garantia para a democracia do que um risco.

Impõe-se, todavia, uma observação final. A importância do Judiciário como protetor dos direitos individuais não pode suprimir, por evidente, a política, o governo da maioria, nem o papel do Legislativo.

Por isso, o debate democrático, o aprimoramento da gestão do sistema de saúde e principalmente a ampliação dos meios de financiamento do SUS, são, certamente, os meios capazes de aproximar a oferta de saúde aos princípios constitucionais, ou seja, tornar o sistema público de saúde efetivamente universal, integral e igualitário (ROBBA, 2016, p 01).

Ainda na busca pela mediação dos dois processos, Grazielle Custódio David e Tiago Lopes Coelho (2014) reafirmam que o fenômeno da judicialização da saúde ganhou importância nas discussões, tanto na teoria quanto na prática e que atualmente há um fortalecimento no diálogo entre os agentes envolvidos. O resultado desse diálogo é percebido quando do

[...]estabelecimento de estruturas judiciais mais adequadas à resolução de demandas envolvendo prestações de saúde (auxílio técnico aos magistrados, varas especializadas em saúde e inclusão de direito sanitário no curso de formação para magistrados, por exemplo) (DAVID & COELHO, 2014).

Para tanto, apontam como marco nessa perspectiva de mudança a “[...] audiência pública nº 4, promovida pelo STF” e com a Suspensão de Tutela Antecipada ns. 175 e 178.

Apesar dos avanços, os autores apontam dois principais desafios para a judicialização da saúde:

1º - crescente número de ações judiciais;

2º - como a atuação judicial contribui para a efetivação do SUS, uma vez que as ações se concentram em demandas individuais (sendo esta a principal preocupação).

Com efeito, apontam que a atuação do Judiciário ancora-se pela via corretiva, trazendo como base a falha política. Para os autores, essa perspectiva não é suficiente, sendo necessário

[...] que o Judiciário assuma o papel de corresponsável pela consolidação do SUS e passe a atuar, diretamente, sobre os aspectos que determinam as possibilidades do Estado estruturar um Sistema de Saúde conforme prometido pela Constituição (DAVID & COELHO, 2014).

Para David & Coelho (2014), a atuação do Judiciário, pautada por demandas prestacionais individuais, não contribui para a consolidação do SUS, mas apontam que, apesar de não contribuir efetivamente, acabaram por impulsionar

algumas “[...] mudanças institucionais importantes que contribuíam para o aprimoramento do SUS”, tais como: Decreto 7.508/11, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e a Lei Complementar 12.401/12, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os autores entendem como exitosa a atuação do Ministério Público Federal e do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo que, ao instaurarem o Inquérito Civil Público (ICP) n. 159, ultrapassam, rompem, com a perspectiva da judicialização, centrada na prestação de demandas individuais, uma vez que atingem um dos pilares do SUS: o financiamento, e assim, questionam:

- a) o critério estabelecido para determinação dos recursos mínimos a serem investidos em saúde pela União; b) a reiteração sistemática da DRU (Desvinculação de Receitas da União) e c) a ausência de atualização dos valores da tabela do SUS. (DAVID & COELHO, 2014).

E partem para uma breve análise das propostas do ICP.

A) O reforço do uso de tabela para remunerar procedimentos hospitalares.

Os autores concordam que os valores repassados pelo SUS precisam ser atualizados, mas criticam o modelo de “conta aberta” (tabela), uma vez que para eles, este modelo contribui para a ineficiência do SUS, podendo gerar superfaturamento de materiais, insumos e procedimentos. Em substituição a este modelo, propõe o “modelo de pagamento por ‘grupo de diagnóstico homogêneo’ (GDH)” (PORTER, 2006).

B) Fortalecimento de entidades privadas, mesmo que filantrópicas, ao invés de buscar a ampliação de unidades hospitalares próprias e públicas.

A participação privada no SUS deve ser complementar, conforme disposto na Constituição Federal e na Lei 8.080/90. Para os autores, o mecanismo para superar a dependência do setor público em relação ao privado é o “[...] fortalecimento de estruturas próprias para a prestação dos serviços de saúde”.

David & Coelho (2014) criticam ainda dois aspectos importantes do ICP: ausência de avaliação da inexecução orçamentária dos recursos da União por Estados e Municípios, citando como exemplo o Distrito Federal que em 2011 executou apenas 21,85%, sendo necessário o aprimoramento da gestão e intensificar a fiscalização orçamentária.

Por último, atentam para o fato de que o ICP foi proposto em 2014, ano eleitoral, necessitando de maior cuidado no trato com o tema, para que “[...] não seja usado para fins eleitoreiros [...]”. Como mecanismo democrático de participação, citam a realização da Audiência Pública, no dia 05/09/2014, em São Paulo.

Por fim, apontam alguns posicionamentos relativos à atuação do Judiciário na política. Segundo os autores, Barroso (2012) defende o ponto de vista de que a “[...]participação judicial (...) contribui para o fortalecimento dos Direitos Fundamentais”. Apontam que, para Mauss (2002), essa participação ampliada do Judiciário promove uma “infantilização da sociedade”. Há ainda quem diga que essa intensificação da participação do Judiciário acaba por “(...) desinstitucionalizar a democracia ao ‘marginalizar as instituições de mediação – as associações e os partidos políticos’. (VIANNA *et al.*, 1999, p. 26).

Outra questão que permeia o debate da judicialização é a separação dos poderes, em que a atuação de cada instância de poder é delineada na Constituição Federal de 1988. Dando ênfase à separação dos poderes, à jurisdição constitucional e aos princípios democráticos, Mello (2013) analisa a judicialização da política no Brasil e inicia seu estudo trazendo a teoria de Montesquieu, o qual “[...] constatou a existência de três Poderes no Estado, quais sejam: Legislativo, Executivo e Judiciário [...]”, formulando o problema do equilíbrio dos Três Poderes, em que o Judiciário é um poder “neutro”, sendo necessária a independência entre os poderes e o sistema de “pesos e contrapesos”, contando com garantias constitucionais, de modo a viverem em harmonia e trabalhando em conjunto.

Para tratar da jurisdição constitucional e do princípio democrático, Mello (2013) assumirá que a ideia moderna de Estado Democrático está assentada nos valores fundamentais do homem e das maneiras como eles seriam organizados, como funcionariam e como seriam protegidos.

Com o intuito de fundamentar a concepção de que o coletivo é soberano em uma sociedade democrática, a autora traz diversas passagens de Bielefeldt apud Schmitt (2000) apud Mello (2013, p. 28), o qual “[...]define democracia como ‘expressão da ilimitada soberania coletiva’”.

De efeito, para a referida autora, ao mesmo tempo em que a participação da sociedade resulta do processo de democratização, porém, o aumento de demandas judiciais para a garantia de Direito representa a “fragilização da

democracia”, envolvendo diversos fatores que se revelam nas principais causas da judicialização no Brasil apontadas pela analista:

- participação dos grupos de interesse nas ações judiciais;
- inércia das instituições majoritárias.

Outra ponto importante a ser discorrido, segundo Mello (2013), reside nos tipos de judicialização que se desenvolvem no Brasil. Assim, é possível apontar dois tipos distintos de judicialização: aquela em que o Judiciário revisa uma decisão do Poder Político; e aquela em que há a utilização do “aparato judicial na administração pública”, revelando o poder atribuído ao Judiciário, o qual é decorrente de características e contextos sociais e políticos, tais como: “[...]colapso do socialismo; evolução da jurisprudência constitucional; evolução dos direitos humanos; guerras mundiais; e ativismo dos juízes, além de outros”.

Há, pois, a compreensão de que o Judiciário exerce grande poder nas relações estabelecidas com o Executivo, sobretudo nas decisões relacionadas ao direito à saúde. Cumpre informar, no entanto, que também existe a preocupação no Judiciário em manter uma relação harmoniosa com o Executivo, apesar do gozo do direito de Guardião da Constituição Federal.

Nesse sentido, o Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada: STA n. 175-CE é tratado como marco histórico do fenômeno da judicialização da saúde, analisado por Ilana Bertagnolli.

Inicialmente, a autora revela uma síntese do caso para situar o leitor. Uma jovem, portadora de doença neurodegenerativa, judicializou o fornecimento de um medicamento em que a Justiça antecipou a tutela, determinando que a União, o Estado do Ceará e o Município de Fortaleza fornecessem o medicamento.

Com esteio nessa decisão, a União interpôs ação para suspensão de tutela antecipada, apresentando as seguintes alegações:

- violação do princípio da separação de poderes;
- violação de normas e regulamentos do SUS;
- desconsideração da função exclusiva da Administração (Executivo) em definir políticas públicas;
- ilegitimidade passiva; e
- inexistência de responsabilidade solidária entre os integrantes do SUS.

O Supremo Tribunal Federal (STF) indeferiu o pedido da União e esta, inconformada, interpôs Agravo Regimental e este julgamento afastou os argumentos trazidos pela União e fixou “[...] diretrizes de atuação do Poder Judiciário no que concerne a concessões de pedidos relacionados ao direito fundamental à saúde” (BERTAGNOLLI, 2012, p. 111).

Nesta perspectiva, o ministro Gilmar Mendes “[...] destacou pontos fundamentais a serem observados na apreciação judicial das demandas de saúde [...]”. (IDEM)

- observar se já existe alguma política estatal que atende a demanda pleiteada;
- “[...] prevalência do tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente” (IBID); e
- entende que as decisões do Judiciário não podem comprometer o funcionamento do SUS, sendo necessária a análise “caso a caso”.

Para Ilana Bertagnolli (2012), o conceito utilizado no julgado é o que considera a saúde como direito fundamental do Estado democrático. A importância dessa decisão do STF reside em dois pontos principais: concretização do direito à saúde pelo Judiciário (no caso em análise, o fornecimento de medicamento) e o fornecimento de parâmetros que possam equilibrar a atuação dos juízes ante essas demandas.

Conforme análise, o ministro Celso de Mello chama atenção no que concerne à interferência do Judiciário no Executivo, afirmando que só deve ocorrer “[...] quando a omissão do Estado comprometer a eficácia e a integridade de direitos constitucionais e quando provado tal comprometimento [...]” (BERTAGNOLLI, 2012, p. 118).

A judicialização é um processo contraditório, revelando efeitos negativos e positivos desse ativismo judicial. Assim, Ventura et al. (2010) apontam como efeito benéfico a “[...]responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública”. (BAPTISTA, 2009, p. 829). No que se refere aos efeitos negativos, podem-se observar alta demanda judicial e respostas automáticas e insatisfatórias. Outro ponto que merece destaque é o fato de que o acesso aos meios da justiça e os

próprios efeitos da judicialização poderão privilegiar determinados grupos e pessoas em detrimento de outros, com menor poder de mobilização.

Outra preocupação reside em relação à indústria e comércio farmacêutico uma vez que podem estimular uma demanda por novos medicamentos, além da dependência do governo a essas indústrias no que se refere a pesquisas e desenvolvimento de tecnologias.

Para os referidos autores, a “[...] combinação desses elementos pode causar um tipo de ‘disfunção nos sistemas’ (BARROSO, 2009), causando prejuízos à efetividade do direito à saúde” (VENTURA, et al, 2010, p. 80).

Buscando analisar a relação entre o acesso à justiça e a efetividade do acesso aos medicamentos, iniciam assinalando que “[...] saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e de justiça social” (IDEM, p. 81).

Discorrendo sobre o conceito de saúde, os autores oferecem algumas dificuldades e limitações conceituais, desde a “reificação da noção de doença” até a ampliação do escopo das ações, perpassando diversas áreas.

Apontam, portanto que,

[...] a problemática central trazida para o direito e a saúde – que se expressa no fenômeno da judicialização da saúde – é a de como o Estado, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário, deve proteger as pessoas dos riscos das novidades oferecidas pelo ‘mercado de saúde’, que, não raramente, cria ‘necessidades’ para ‘vender’ soluções. E, ao mesmo tempo, fazer cumprir com seu dever de assistência, promovendo o acesso aos avanços biotecnocientíficos que de fato podem ser benéficos ao processo terapêutico e ao bem-estar das pessoas, de forma igualitária e sem discriminação de qualquer espécie. (VENTURA et al., 2010, p. 83).

Para os autores, quando há a escolha pela via judicial em virtude da “[...] ausência e ou deficiência da prestação estatal na rede de serviços públicos” (IBIDEM, p. 85), há uma aproximação entre o direito à saúde e a saúde, ou seja, demanda pela efetividade do direito à saúde.

O posicionamento do Judiciário ante as demandas ocorrentes poderá expressar o fortalecimento das políticas públicas ou o fortalecimento de buscas cada vez mais individualizadas, incorrendo no risco de priorizar com o fornecimento de insumos ou procedimentos não previstos no SUS.

Conforme os analistas, essa procura faz surgir três posicionamentos jurídicos sobre a eficácia do direito à saúde, que vão repercutir nas decisões do Judiciário: conforme aparecem na sequência.

- 1 – os insumos e procedimentos que devem ser garantidos são aqueles já previstos no SUS;
- 2 – a autoridade do médico é prevalente, e para efeitos de garantia do direito à saúde, o Judiciário deverá considerar o conteúdo da prescrição do médico que assiste ao autor e, conseqüentemente, obrigar o fornecimento do tratamento indicado; e
- 3 – o Judiciário deverá analisar cada caso, analisando diversos fatores, inclusive bens e interesses em jogo, para então fixar a prestação devida pelo Estado, levando em consideração as alternativas terapêuticas; se não há outro mecanismo eficiente para garantir a melhoria da saúde do autor, além do recomendado na prescrição médica.

Os analistas apontam, ainda, que um fator importante para a diminuição da demanda judicial seria a atualização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas com maior agilidade; além da “[...] distribuição regular de determinada terapia”. Concluem afirmando que “[...] o direito à saúde possui dimensões éticas, políticas, jurídicas e técnico-científicas indissociáveis[...]”, (VENTURA, et al. 2010 – p. 88), e a efetividade do direito à saúde se dá com amparo nos diálogos entre essas dimensões.

É fato que a judicialização é crescente e carece de medidas para contê-la. Não há como dizer por certo qual visão é mais adequada. Para resolver esse impasse, Liliane Coelho (2013) sugere “[...] um modelo de ‘contenção saudável’[...]”, que propõe “[...] a diminuição dessas ações judiciais ou de seus custos sem prejudicar a garantia da saúde ao cidadão [...]” por meio da juridicização da saúde que se refere ao “diálogo entre cidadãos, gestores, advogados, defensores públicos e Ministério Público” acerca do problema antes que ele chegue ao Judiciário. A autora aponta ainda como sugestão a observância dos regramentos do SUS, além da razoabilidade nas decisões e da responsabilidade solidária; o privilegiamento de ações coletivas em detrimento das individuais; o trabalho interdisciplinar entre o Judiciário, os profissionais de saúde e atualização mais célere da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e dos protocolos do SUS.

Também na perspectiva de apontar caminhos para amenizar os problemas advindos da judicialização da saúde, Luís Roberto Barroso aponta avanços e limites do acesso à Justiça e propõe alguns parâmetros para a atuação do Judiciário, acentuando ainda, o fato de que o atual modelo “[...] põe em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública [...]” (BARROSO, 2009, p. 04), uma vez

que interfere diretamente na maneira que o Executivo organizou as ações a serem implementadas, além de beneficiar a alguns em detrimento da maioria. Seu objetivo é “[...] a elaboração de critérios e parâmetros que justifiquem e legitimem a atuação judicial no campo particular das políticas de distribuição de medicamentos” (idem).

Desse modo, o autor assevera que o Estado Constitucional está fundamentado sob o princípio da dignidade da pessoa humana, que ilumina e fundamenta os direitos fundamentais lapidados sob os imperativos de liberdade, igualdade e mínimo existencial (políticas de saúde, educação e renda), os quais necessitam do Legislativo, do Executivo e do Judiciário para se fazerem cumprir.

A atuação do Judiciário, no entanto, deve ter um limite - “O Judiciário deverá intervir sempre que um direito fundamental – ou infraconstitucional – estiver sendo descumprido, especialmente se vulnerado o mínimo existencial de qualquer pessoa” (BARROSO, 2009, p. 12).

Para o ministro do STF, o papel do Poder Judiciário é “[...] interpretar a Constituição e as leis” (IBIDEM, p. 21), resguardando direitos e assegurando o respeito ao ordenamento jurídico, sendo necessária a devida ponderação entre direitos e princípios que tendem a se antagonizar.

A atuação do Judiciário no âmbito do direito à saúde deverá extrapolar somente a regra, porquanto o tema está envolto de princípios e configura um dos elementos da saúde que é um direito fundamental, diretamente ligado à dignidade da pessoa humana. Assinala, de efeito, que a atuação do Judiciário nesse aspecto somente deverá ocorrer em três situações:

- omissão do poder público;
- ação que contravenha a Constituição; ou
- não atendimento do mínimo existencial.

Ante tais considerações, o autor aponta as críticas feitas à judicialização e as divide em seis vertentes: conforme à frente.

1ª – Baseada no artigo 196, o qual define a tarefa dos órgãos executores e diz que, “o direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais” (ibidem, p. 23), e apoia-se na forma de norma programática.

2ª – O problema da saúde não pode ser resolvido somente a partir de interpretações dos preceitos constitucionais. Se ao Judiciário couber essa tarefa,

deve-se alterar o arranjo institucional previsto pela constituição, uma vez que confere ao Poder Executivo essa tarefa.

3ª – Esta vertente está ligada à legitimidade democrática, e diz respeito ao voto popular, uma vez que o povo, através da soberania, escolhe seus representantes, tanto do Executivo quanto do Legislativo e que são diretamente responsáveis pela elaboração e execução das políticas públicas, dentre elas a da saúde.

4ª – Percebe-se que há consenso quando a análise parte para as repercussões das ações judiciais na organização da Administração Pública para o atendimento da coletividade, nas ações programáticas e no orçamento.

5ª – “As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial” (BARROSO, 2009, p. 27).

6ª – Esta vertente apoia-se na questão técnica em que o Judiciário não domina conhecimentos específicos da área.

Por fim, o autor propõe “[...] alguns parâmetros para racionalizar e uniformizar a atuação judicial no fornecimento de medicamentos” (IBIDEM, p. 29) e os divide conforme o tipo de ação:

Ações individuais:

- “[...] a atuação jurisdicional deve ater-se a efetivar a dispensação dos medicamentos constantes das listas elaboradas pelos entes federativos”. (IBID.).

Ações coletivas:

- Discussão para alteração das listas, por meio de outros parâmetros:
  - “O Judiciário só pode determinar a inclusão, em lista, de medicamentos de eficácia comprovada, excluindo-se os experimentais e os alternativos” (BARROSO, 2009, p. 33);
  - “O Judiciário deverá optar por substâncias disponíveis no Brasil” (IBIDEM p. 34);
  - “O Judiciário deverá optar pelo medicamento genérico, de menor custo” (IBID);

- “O Judiciário deverá considerar se o medicamento é indispensável para a manutenção da vida”. (IBIDEM, p. 35).

#### Ligitimação passiva

- Quem deve ser responsável pela entrega do medicamento requerido é o ente federativo do qual o medicamento conste na lista.

Conforme análise do material estudado, compreendo que a judicialização é um fenômeno do constitucionalismo, ou seja, foi a partir da Constituição Federal de 1988 que os cidadãos e cidadãs tiveram acesso a recorrer ao Judiciário na busca do reconhecimento de direitos quando se sentem prejudicados pelo não atendimento pelo Estado. No entanto, a judicialização, como uma alternativa de atendimento individualizado, em um caso específico, provoca um tensionamento com a perspectiva do direito social garantido a todos e todas. Assim, entendo ser necessário, e, mesmo, indispensável, articulações entre o Executivo, o Judiciário e a sociedade civil via órgãos colegiados, no sentido de encontrar alternativas de privilegiamento do direito coletivo.

Enfim, como pesquisadora e assistente social que vivencia processos de judicialização no seu cotidiano profissional, entendo que os direitos individuais precisam ser considerados e respeitados, mas nunca em sobreposição aos direitos sociais que atendem a uma coletividade. Assim, posiciono-me no sentido de lutas coletivas para fazerem valer o direito à saúde em toda a sua amplitude e complexidade. No entanto, reconheço que, no Brasil do presente, marcado por uma crescente marcha autoritária nos marcos do Golpe de 2016, em curso, a afirmação de direitos sociais vem sendo destituída, de forma recorrente. Políticas ultraneoliberais desmontam as conquistas da Reforma Sanitária via SUS e gestam, cada vez mais, um contexto de insegurança social e civil que, com certeza, deixam os cidadãos e cidadãs consideravelmente desprotegidos. A meu ver, impõe-se mais do que nunca resistência e lutas coletivas (CARVALHO, 2018)

### **3.4 Hospital Universitário Walter Cantídio no contexto da saúde no Ceará**

Em 1944, o Governo do Estado do Ceará iniciou a construção do Hospital Carneiro de Mendonça, interrompida diversas vezes. Ao ver esse prédio inacabado, aliado à necessidade de ter um espaço para a prática médica, o Instituto de Ensino

Médico<sup>42</sup> conseguiu a transferência patrimonial do referido prédio e ajuda financeira do Estado para ali iniciar o Hospital das Clínicas, onde funcionaria, a princípio, o serviço para isolamento de pacientes com doenças infectocontagiosas. Este hospital foi inaugurado em 1952 e, em 1954, foi federalizado e transferido para a Universidade Federal do Ceará, sendo oficialmente inaugurado em 1959, recebendo o nome de Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)<sup>43</sup> no início dos anos de 1980. Cumpre ressaltar que esta unidade hospitalar é designada tanto como Hospital Universitário Walter Cantídio, como Hospital das Clínicas.

Com o intuito de conhecer melhor a história do Hospital das Clínicas, recorri a livros, informações veiculadas via internet (*sites* oficiais e matérias de jornais) e depoimentos de duas servidoras que trabalham no referido Hospital há cerca de 37 anos e que concordaram em participar desse momento de reconstituição histórica do HUWC<sup>44</sup>.

Desde sua fundação, o Hospital das Clínicas desempenha papel fundamental na formação de recursos humanos na área da saúde, assim como no desenvolvimento de pesquisa e assistência à saúde. Essa característica é ressaltada no depoimento da Servidora B quando exprime:

O Hospital era realmente de ensino. Eu lembro que tinha pacientes que passavam aqui 09 meses. Teve um, na UTI que passou mais de 04 anos(...) Os pacientes vinham porque ninguém descobria a patologia dele. Juntavam várias especialidades e descobriam o que era. Não tinha pressa, discutiam o caso e descobriam o diagnóstico. Eram menos exames, examinavam mais o paciente fisicamente, o médico em contato com o paciente e não a máquina. Escutavam mais a história do paciente.

De fato, o Hospital das Clínicas, tornou-se referência regional para diversos procedimentos, atendendo a pacientes de todo o Ceará, inclusive de outros estados do Norte e Nordeste do Brasil, principalmente no que se refere à realização de

---

<sup>42</sup> Em 1947, aconteceu em Fortaleza o I Congresso de Médicos Católicos e uma de suas discussões foi a implantação de uma Faculdade de Medicina em Fortaleza. Para dar continuidade a essa discussão, foi fundada a “Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará” que no mesmo ano foi transformada no Instituto de Ensino Médico, dotado de personalidade jurídica para conduzir a implantação da Faculdade de Medicina do Ceará.

<sup>43</sup> O professor Dr. Walter de Moura Cantídio (1913 – 2006) foi um dos diretores do Instituto de Ensino Médico e contribuiu para a fundação da Faculdade de Medicina do Ceará. Foi o terceiro reitor da Universidade Federal do Ceará (1971-1974) e promoveu a reforma universitária, assumiu ainda diversos cargos de destaque no cenário da Medicina cearense.

<sup>44</sup> Estas duas servidoras integram a equipe do HUWC: uma é assistente social e a outra é técnica de enfermagem há mais de três décadas. Para efeito de preservação do anonimato, vou designá-las Servidora A e Servidora B.

transplantes, conforme é evidente em matérias de publicação interna e de um periódico de circulação diária no Ceará.

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará, bateu novo recorde e realizou 130 transplantes de fígado em 2013. Com isso, ele ultrapassou o Hospital Israelita Albert Einstein (102 transplantes ano passado), até então líder em transplantes da América Latina. Sozinho, o Hospital Universitário Walter Cantídio fez mais transplantes de fígado que o México (106 transplantes, dados relativos a 2012) ou Chile (74 transplantes, em 2012).

Os dados estão presentes no recém-publicado Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) 2013, documento oficial da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, e foram apresentados em entrevista coletiva nesta terça-feira (11), com a presença do Reitor Jesualdo Farias e do Chefe do Serviço de Transplante Hepático do HUWC, Huygens Garcia. O País é o segundo em número absoluto de transplantes hepáticos no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. (MATÉRIA veiculada no portal da UFC no dia 11 de março de 2014).

Na última segunda-feira (18), o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) bateu a marca do milésimo transplante de fígado realizado desde o dia 18 de maio de 2002, data em que realizou o primeiro procedimento. O médico cirurgião Huygens Garcia, líder da equipe de transplantes, diz que é uma grande honra chegar a esse número. "Conseguimos alcançar uma marca histórica. E a vida do paciente é algo impagável e muito gratificante para nós".

O procedimento de número 1000 durou cerca de 6 horas. O paciente de 63 anos, do sexo masculino, veio de Belém do Pará e há 4 meses aguardava pelo transplante e pela chance de ter uma nova vida, uma vez que havia sido diagnosticado com uma cirrose de causa desconhecida, associado a um nódulo maligno de estágio inicial e sua única alternativa era o transplante. (MATÉRIA veiculado pelo diário do nordeste no dia 20 de agosto de 2014).

Como Hospital Universitário, está vinculado ao Ministério da Educação e integrado ao SUS, ofertando serviços gratuitos. Nem sempre, todavia, os serviços do Hospital das Clínicas foram de livre acesso dos cidadãos. Conforme depoimentos das servidoras, o Hospital das Clínicas, nos anos de 1980, atendia a públicos diferenciados, obedecendo à lógica de acesso preconizada no período que antecedeu ao SUS. Assim, antes do advento do SUS, o Hospital das Clínicas atendia pacientes vinculados ao sistema previdenciário por meio do INPS e, em seguida, do INAMPS. Àqueles que não eram vinculados oficialmente ao mundo do trabalho era feita uma seleção, conforme acentua a Servidora A:

A nossa clientela era do INPS e indigente, que a gente fazia até uma triagem. O Serviço Social fazia uma triagem e nessa triagem a gente via quem era da Classe "A", "B" e "C". A Classe A não pagava nada, eram aquelas pessoas que não tinham situação financeira de jeito nenhum para pagar nenhum atendimento. Como sempre, aqui no Hospital das Clínicas é onde tem os melhores professores, os melhores médicos do Ceará. Ou estão aqui, ou passaram por aqui. E aí, como as pessoas só tinham o Hospital Geral, que era o Hospital do INPS e o Hospital de Messejana, mas era só coração e pulmão, então a gente pegava todo o restante da clientela e fazia essa triagem de acordo com a situação socioeconômica do paciente. Quem não tivesse carteira assinada passava pelo Serviço Social. Quando veio o SUS,

que foi direitos iguais para todo mundo, foi desfeita toda essa lógica de triagem, de pagamento. Com o SUS não houve mudança nenhuma no Hospital, somente as pessoas deixaram de pagar, porque aqui já tinha as enfermarias, era tudo como é agora, mas a MEAC teve um baque danado porque lá tinha “planos” diferenciados, tinha apartamento, tinha particular, era toda uma estrutura. Aqui não atendia particular: ou era indigente, ou INPS, ou pagava pequenas quantias que eram irrisórias, só para não dizer que o Hospital estava dando de graça.

Conforme se pode observar nesse relato, é possível constatar que, apesar de não obedecer a uma lógica mercadológica, o Hospital das Clínicas, no que se refere ao acesso dos usuários, chegou a cobrar taxa para admissão, ainda que considerada irrisória; e, dividia as pessoas por classes sociais: aqueles com direito ao serviço, trabalhadores com registro em carteira de trabalho; os indigentes e os pagantes. Além da taxa financeira cobrada, no seguinte discurso da Servidora B, também foi identificada outra forma de contribuição para acesso, por meio da doação de sangue:

Os serviços ofertados eram todos de graça. Tinha o pessoal do INPS, do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e os não pagantes. A maioria era de não pagante mesmo. Aqueles que não tinham nada, doavam sangue pra poder usar o serviço. Podia ser de algum familiar, um parente, um amigo. Era como se fosse para compensar aquilo ali. Com o SUS, os pacientes tiveram acesso mais rápido, porque não tinha mais essa história de pagante e não-pagante.

Constata-se que, com o advento do SUS, todos os cidadãos se tornaram plenos de direitos e foram extintas as modalidades de pagamento para acesso aos serviços, de modo a garantir seu princípio maior: o da universalidade do acesso sem a obrigatoriedade da contribuição. Ressaltam, no entanto, que a oferta dos serviços por meio da Central de Regulação dificultou o atendimento das pessoas no Hospital das Clínicas. Alegam que, antes da organização preconizada pela Central de Regulação, era possível os próprios funcionários fazerem encaminhamentos escritos a mão, solicitando atendimento médico.

Há uns 10 anos atrás eu tinha certa liberdade de pegar um paciente, fazer um encaminhamento e pedir para que o médico atendesse. Agora a gente não pode fazer encaminhamento nenhum, é tudo via regulação, tudo muito problemático. A saúde está cada vez pior, eles vão ficando nessa fila, ninguém sabe por quanto tempo. (SERVIDORA A).

(...) ficou mais difícil o acesso do paciente chegar até aqui. Eles dizem que as vagas são para o Posto de Saúde. A gente orienta o paciente dizendo que tem vaga no Posto de Saúde para cá. Ele vai lá e não tem vaga para cá. (...) Para a gente conseguir uma especialidade aqui, ficou muito difícil, até para a gente mesmo, para um familiar. Antigamente a gente conseguia rápido para um vizinho. Agora é tudo pela regulação, e essa regulação não chega até aqui, a fila parece que é imensa. (SERVIDORA B).

Nos relatos, percebe-se que não havia um controle rígido para acesso dos usuários, ficando a critério da interpretação de cada servidor, encarregado de ouvir a queixa do paciente, de encaminhá-lo para o serviço mais adequado para o seu tratamento. Assim, dava-se margem ao fortalecimento do clientelismo e do assistencialismo que ainda estão existentes no Hospital das Clínicas, mas que vem sendo requalificado a partir da estratégia da Central de Regulação, que procura, de maneira técnica, garantir o acesso dos cidadãos aos serviços dos quais necessitam.

Cabe destacar o fato de que, no HUWC se revela, com nitidez, a precarização da saúde pública no que tange ao acesso: demanda muito maior do que a oferta, implicando intermináveis filas de espera. Muitos morrem na fila de espera! Ao conseguir adentrar o Hospital, no entanto, o usuário realmente tem um atendimento integral de relativa qualidade. A questão-chave é o acesso e muitos possíveis usuários recorrem à judicialização em busca desse acesso, que se exprime como impossível.

O Hospital Universitário Walter Cantídio está assentado na missão de “Promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente”. Sua atuação está pautada na visão de “[...]ser modelo de gestão, com gestores, preceptores e colaboradores preparados para excelência no ensino, pesquisa e assistência terciária à saúde” e fincado em determinados valores: Ética; Legalidade; Moralidade; Impessoalidade; Publicidade; Eficiência; Equidade; Humanização; Segurança do paciente; Valorização profissional; e Profissionalismo

Atualmente, o HUWC faz parte de um complexo hospitalar, gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e, conforme os níveis de atenção à saúde, é portador de alta densidade tecnológica, desenvolvendo procedimentos de elevada complexidade.

A EBSERH é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Surgiu com o intuito de substituir as fundações, tais como a Sociedade de Assistência à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC). Tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao

ensino-aprendizagem e à formação de pessoas em saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária<sup>45</sup>.

A criação da EBSEERH é permeada por dois discursos principais: o oficial e o dos militantes na causa dos hospitais universitários. O discurso do governo enfatiza que a referida empresa foi pensada com suporte em um conjunto de ações que visam a recuperar os hospitais universitários, cujo papel principal é a modernização da gestão. Este discurso, porém, é rebatido por algumas entidades, dentre as quais, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, destacando o fato de que a EBSEERH continua precarizando as maneiras de trabalho e intensificando este processo, tendo como objetivo a exploração direta de atividade econômica. Maria Inês de Sousa Bravo, em entrevista concedida à revista Políticas Públicas de Saúde, em fevereiro de 2016<sup>46</sup>, assim diz:

A EBSEERH foi apresentada pelo Governo Federal como a única solução para a crise do maior complexo hospitalar público do país, resultante da progressiva redução de pessoal que assolou o setor público e da falta de investimentos para dar conta dos objetivos dos HUs: ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. A principal justificativa para criação da Empresa apresentada pelo Governo Federal seria a necessidade de regularizar a situação dos funcionários terceirizados dos HUs em todo o país. Considera-se que as saídas para esta crise consistiriam na alocação de mais recursos financeiros para os HUs e na realização de concursos públicos para suprir a carência de recursos humanos, regidos pelo Regime Jurídico Único do Servidor Público Civil da União. Entretanto, o Governo Federal apresenta como saída a EBSEERH, cuja constitucionalidade está sendo questionada pela ADI 4895, ajuizada pela Procuradoria Geral da República. Apesar da massiva propaganda feita pelo Governo Federal em favor da Empresa, a EBSEERH e alguns dos HUs geridos por ela já apresentam vários problemas, tais como: 1) irregularidades, prejuízos financeiros e insuficientes serviços de saúde aos usuários ; 2) indícios de desperdícios no uso do dinheiro público nas capacitações de gestores da Empresa; 3) irregularidades nos concursos realizados pela EBSEERH; 4) insatisfação dos empregados contratados pela EBSEERH, explicitada através da deflagração de greves; 5) Desrespeito à

---

<sup>45</sup> Informações obtidas no site: <http://portal.mec.gov.br/ebserh-empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>

<sup>46</sup> Disponível no site:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5051/3099>. Acessado no dia 14 de novembro de 2017.

autonomia universitária e aos órgãos colegiados de deliberação nos processos de adesão à EBSEH; 6) judicialização de demandas contra a EBSEH (p. 226).

Para que os cidadãos tenham acesso aos serviços do referido hospital, necessitam inserir a solicitação médica no Sistema UNISUS<sup>47</sup>, gerando agendamento ou encaminhamento para a fila de espera, quando não existem vagas.

As filas de espera são um desafio para a efetividade no SUS, uma vez que representam a incapacidade do sistema em relação ao atendimento da demanda. Convém ressaltar que o SUS ainda não conseguiu instalar e organizar toda a sua capacidade de atendimento em decorrência de problemas crônicos, dentre os quais, o subfinanciamento, fato agravado com a nova política fiscal, aprovada no Governo Temer, por meio da Emenda Constitucional 95.

---

<sup>47</sup> Sistema de Regulação Assistencial do Ceará

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO**

Neste segmento, circunscrevo e assumo a proposta de Avaliação em Profundidade, sustentada por Lea Rodrigues (2008), como perspectiva para desenvolver esta investigação avaliativa. Para empreender este estudo, por conseguinte, desenvolvi pesquisa bibliográfica, busca documental, pesquisa exploratória e investigação de campo consoante delineadas no percurso avaliativo. Essa dinâmica metodológica revelou-se apropriada para compreender o fenômeno da judicialização no Hospital Universitário Walter Cantídio.

### **4.1 Circunscrevendo uma concepção de Avaliação em Políticas Públicas**

O experimento que ora relato tem por objetivo analisar a judicialização da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio, com amparo nas percepções dos sujeitos envolvidos na judicialização - usuários, gestores do referido Hospital e defensores públicos da União.

Apoiada nas contribuições de Esmeraldo e Fernandes (2012) quanto à avaliação de políticas públicas, é possível inferir que, no Brasil, o avanço da avaliação de políticas e programas sociais coincide, justamente, com a efervescência de demandas por políticas sociais de caráter universalizante com enfoque na cidadania como direito e fundamento da Constituição Federal de 1988. As autoras apontam que este movimento tem como base a crítica ao desenvolvimento das políticas sociais implementadas na América Latina e no Brasil, principalmente no que se refere a três pontos principais: mau uso do dinheiro público, ou seja, emprego irregular de recursos; programas sociais desfocalizados das reais necessidades da população; e exigência dos organismos internacionais.

Como as políticas públicas, a avaliação atende a demandas políticas, a depender dos interesses sociais atendidos com a avaliação. Em verdade, não existe avaliação neutra de políticas públicas, o que explicita a dimensão política dos processos avaliativos.

Assim, sob o prisma epistemológico de Avaliação de Políticas Públicas configuram-se distintas matrizes com potenciais avaliativos qualitativamente diferentes. De fato, tem-se desde as matrizes tradicionais<sup>48</sup> até a perspectiva de uma avaliação em profundidade<sup>49</sup>.

Considerando esta multiplicidade de matrizes, busco posicionar-me neste campo de avaliação de políticas públicas. Em primeiro lugar, comungo das ideias dos autores quando assinalam que a avaliação em políticas públicas não se constitui um processo de julgamento. Assumo a perspectiva de Lea Rodrigues, quando acentua que

As diferentes abordagens podem ser agrupadas, basicamente, em duas propostas distintas: uma que entende avaliação como “medida” e outra que privilegia o sentido de avaliação como “compreensão”. Identificar-se com uma ou outra concepção faz toda a diferença na condução da avaliação. (2008, p. 11)

Nesta perspectiva, pretendo distanciar-me das matrizes tradicionais de cunho gerencialista e inspiração positivista. Neste sentido, retomo as críticas de Guba e Lincoln (2011), ao proporem um paradigma de avaliação de quarta geração. Os autores demarcam limites em relação às três gerações anteriores de avaliação. Guba e Lincoln (2011) enfatizam o que chamam de imperfeições ou defeitos dessas três gerações que constituem matrizes tradicionais:

- Tendência ao gerencialismo que se apresenta na relação entre administradores e avaliadores; contratantes e contratados em que essa relação poderá gerar consequências para o ato de avaliar. Em primeiro lugar, chama a atenção pelo fato de esta relação eximir o administrador de responsabilidades, deixando-o fora da avaliação. Em segundo lugar, aponta uma relação de poder do administrador em relação ao pesquisador, e em terceiro lugar, a relação privadora de direito entre o administrador e o avaliador em que aquele defende

---

<sup>48</sup> Sobre matrizes tradicionais, ver Nilson Holanda, no livro **Avaliação de Programas: conceitos básicos sobre a avaliação “ex post” de programas e projetos**.

<sup>49</sup> Sobre avaliação em profundidade, ver Lea Carvalho Rodrigues. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. AVAL – Revista **Avaliação de Políticas Públicas**, nº 1, jan-jun/2008.

seus próprios interesses. A relação contratual entre as partes limita a avaliação.

- Incapacidade de acomodar o pluralismo de valores. Para os autores “...nenhuma das abordagens de avaliação das três gerações leva em conta as diferenças valorativas”. A questão do pluralismo de valores na avaliação é essencial, uma vez que esta é um ato político, carregado de intencionalidade.
- Comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação. Aqui os autores chamam atenção para as principais concepções do paradigma científico que se apresenta com uma realidade objetiva (aparente); leis imutáveis; descrição; revela leis; realidade suprema; neutralidade; busca da verdade; manipulação; recurso à estatística;

Em verdade, empreendo um esforço para avaliar o fenômeno da judicialização na saúde no contexto da vida social e da própria luta por direitos na sociedade brasileira<sup>50</sup>.

Nesta perspectiva, defino como a matriz deveras fecunda para desenvolver a minha investigação avaliativa o paradigma da Avaliação em Profundidade, de Lea Rodrigues (2011), que assim define avaliação:

A avaliação em si é processo e está fincada na experiência, portanto devemos buscar respostas na exposição dos caminhos empreendidos por pesquisadores em seus experimentos, no desenvolvimento de seus projetos, bem como nos resultados apresentados na forma de dissertações e teses, frutos de pesquisas que seguem tais linhas de orientação e, evidentemente, na reflexão e prática constante no campo da pesquisa. (P. 61).

Analisando o paradigma da Avaliação em Profundidade, proposta por Lea Rodrigues (2008), verifico que a autora se inspira em alguns teóricos para reforçar sua contribuição na ideia de avaliação de políticas públicas. Dentre os pensadores que influenciam os posicionamentos de Lea Rodrigues, destacam-se Raul Lejano e Dvora Yanow, que desenvolvem uma abordagem interpretativa em avaliação. Também encontro amparo do pensamento de Lea Rodrigues nas contribuições de Geertz (1978), quando esse autor trabalha na busca dos significados, propondo uma

---

<sup>50</sup> Sobre a constituição da saúde como direito, ver o segmento 2 deste trabalho.

descrição densa na busca dos sentidos e significados. Identifico ainda o fato de que os pensamentos de Alícia Gonçalves (2008, 2010) e Alcides Gussi (2008) caminham na mesma linha interpretativa de Lea Rodrigues e seus trabalhos de pesquisa corroboram a proposta da autora. No que se refere à trajetória, verifico que há uma aproximação das formulações de Pierre Bourdieu, principalmente no que concerne ao trabalho de Gussi (2008). Assim, para constituir este propósito de uma avaliação detalhada, densa, aprofundada, a autora busca recurso em distintas áreas do conhecimento, articulando-as.

Nesse sentido, no âmbito da Avaliação em Profundidade, Lea Rodrigues propõe quatro momentos não dissociados, mas que se complementam: 1) análise de conteúdo; 2) análise de contexto da formulação da política; 3) trajetória institucional de um programa; e 4) espectro temporal e territorial.

No meu percurso, mobilizei, sobretudo, os dois primeiros momentos. Entendo que a trajetória institucional e o espectro temporal e territorial pressupõem uma análise mais complexa para posteriores estudos. Saliento que esta preocupação quanto a estes dois últimos quesitos foram explicitados por Rodrigues (2011) e considerados de consecução difícil quando do desenvolvimento de trabalho acadêmico de pouca duração, uma vez que estes exigem tempo, recursos e pessoas capacitadas para o levantamento de dados quantitativos e qualitativos a contento.

Neste estudo, a análise de conteúdo foi desenvolvida quando da exploração analítica de leis, portarias e conceitos que circunscrevem a temática da saúde e da judicialização. Com efeito, a análise de conteúdo da política foi trabalhada considerando suas três dimensões centrais, propostas em Rodrigues (2011). No que se refere à formulação da política, procurei esboçar o caminho percorrido pela saúde, as maneiras como era tratada até sua constituição como direito social proclamado na Constituição Federal de 1988 e as bases conceituais que implicaram esta formulação como direito desde o advento Lei nº 8080/90. Nesse sentido, realizei uma recuperação histórica da implementação de políticas de saúde e busquei aprofundar de modo mais detalhado o movimento de reforma sanitária, de onde partiram as ideias e os conceitos da saúde como direitos, materializados em política pública de saúde, desde o SUS. Também engendrei esforços para exhibir o tema da judicialização e como este foi permear a área da saúde e permanece até os dias atuais.

No âmbito da análise de contexto da formulação da política, procurei aprofundar a compreensão do momento político, social e econômico que circunscreveu e circunscreve a política de saúde e o fenômeno da judicialização da saúde, na realidade nacional, sobretudo no Hospital Universitário Walter Cantídio. Para tanto, busquei recurso em materiais históricos distintos, que privilegiassem cada época política pela qual o Brasil passou e como estes fatos implicaram a implantação/desenvolvimento da política de saúde. A análise de contexto não se desvincula da análise de conteúdo, mas a complementa.

Cabe destacar o fato de que Rodrigues traz a preocupação em avaliar detalhadamente, buscando informações acerca do assunto estudado de maneira aprofundada, destacando que:

A proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que, por si só coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa. (2008, p. 11).

#### **4.2 Construindo um percurso avaliativo no âmbito da Avaliação em Profundidade**

Para desenvolver esta avaliação em profundidade em seus variados momentos, foi preciso empreender uma pesquisa qualitativa, com aportes quantitativos. Conforme Minayo (1993, p. 21), esta natureza de pesquisa “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A dinâmica da pesquisa qualitativa exigiu permanente demanda bibliográfica, busca documental e trabalho de campo, este precedido por uma revista exploratória.

A investigação bibliográfica implica um conjunto ordenado de procedimentos para encontrar soluções, em atenção ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório (MIOTO e LIMA, 2007, p. 38). Por este motivo, requer do avaliador atenção constante aos ‘objetivos propostos’ e aos pressupostos que

envolvem o estudo para que a vigilância epistemológica aconteça (MIOTO e LIMA, 2007, p. 40).

Nesta perspectiva, a pesquisa bibliográfica empreendida nesta investigação visa a colaborar para o embasamento teórico a fim de desenvolver o trabalho, pautando-se em artigos acadêmicos e livros que abordam sobre política de saúde e judicialização do direito à saúde, com vistas a acompanhar o desenvolvimento que o tema em estudo vem ocupando no locus científico e na sociedade como um todo. Neste sentido, como referência para a temática da saúde, diligencio pelos recursos nas análises de Bravo, Escorel, Granjeiro, Polignano, Paim, dentre outras contribuições. Para a temática judicialização da saúde, recorro a autores como Barroso, Bobbio, Lobato, Marmelstein, Motta, Ventura, dentre outras análises significativas.

Com intento de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2002), no mês de junho de 2016, realizei pesquisa documental em caráter exploratório no Hospital Universitário Walter Cantídio. Como ensina Gil (1999), a pesquisa documental baseia-se em materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa e suas fontes de dados estão limitadas a vertentes primárias que, segundo Lakatos e Marconi (2003), constituem-se de documentos, escritos ou não. Esta pesquisa documental com caráter exploratório foi realizada tendo como fonte de dados os seguintes espaços e materiais: arquivo público, contendo documentos jurídicos, oriundos dos tribunais, defensorias e promotorias que encaminharam processos para o Hospital Universitário Walter Cantídio e possibilitaram um conhecimento prévio de como o fenômeno da judicialização se comportava no referido local. Estes documentos subsidiaram a pesquisa de campo e serviram de fonte de dados. Esta etapa acompanhou a pesquisa bibliográfica e continuou após sua realização.

Na lição de Vergara (2004), a pesquisa de campo constitui investigação empírica realizada junto ao ambiente social onde ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Nessa mesma perspectiva, Minayo (2010) assinala que a pesquisa de campo permite a aproximação por parte do investigador, da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, além de estabelecer uma interação com aqueles

que conformam a realidade e, assim, constitui um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

Assim, a pesquisa de campo restou efetivada mediante entrevista semiestruturada, trabalhando sujeitos no âmbito do quantitativo de pacientes atendidos no Hospital Universitário Walter Cantídio, por meio de ação judicial nas mais diversas áreas do referido Hospital, durante os anos de 2014 e 2015; realização de entrevista semiestruturada com gestores do HUWC e defensores públicos da união que atuam no Ceará, por ser a Defensoria o principal órgão que acolhe e encaminha as demandas por judicialização da saúde para o Hospital Universitário Walter Cantídio, conforme dados obtidos quando da pesquisa exploratória.

Na lição de Minayo (2010, p. 64) a entrevista é uma técnica de coleta de dados cuja base é o diálogo entre duas ou mais pessoas, efetivado mediante a iniciativa de um entrevistador, tendo como objetivo “[...] construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. Esta compreensão também foi trabalhada por Lakatos e Marconi (2003, p. 195), quando assinalam que “[...] a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

Dentre as modalidades de organização da entrevista, escolhi a semiestruturada que, segundo Minayo (2010), “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Este tipo de entrevista requer a elaboração de um roteiro destinado a ser efetuado com pessoas previamente escolhidas, que tenham familiaridade com o tema a ser trabalhado, compreendendo este instrumento como importante ferramenta para motivar a fala dos sujeitos em relação ao tema proposto, uma vez que este tipo de técnica, como leciona Triviños (1987)

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (1987 - p. 146)

A elaboração da entrevista semiestruturada foi precedida por um roteiro, no qual busquei expressar a intencionalidade desta pesquisa, elaborando perguntas abertas e fechadas, direcionadas a atender ao objetivo deste trabalho, de modo a obter o maior número de informações possíveis dos interlocutores.

Minayo (2010), observa que o roteiro de uma entrevista pressupõe o levantamento de temas que irão compor uma lista e se desdobrarão em indicadores qualitativos. Esta lista não é neutra, pois aponta um conjunto de conceitos que formam todas as fases do objeto, e seu resultado final [...] deve apresentar alguns aspectos: as questões devem fazer parte do delineamento do objeto; permitir haver ampliação e aprofundamento da comunicação; contribuir para que venham à tona os juízos e as relevâncias sobre os fatos e relações acerca do objeto, a partir dos interlocutores.

As entrevistas foram elaboradas, por conseguinte, com esteio em um roteiro previamente estabelecido visando a formular perguntas de modo a não confundir o entrevistado e o entrevistador quanto ao seu conteúdo, tornando-as claras, assim como evitando a elaboração de temas que pudessem constranger o entrevistado. Seguiram os cuidados recomendados por Lakatos e Marconi (2003) quando alertam para as noções de que:

A preparação da entrevista é uma etapa importante da pesquisa: requer tempo (o pesquisador deve ter uma ideia clara da informação de que necessita) e exige algumas medidas:

- a) Planejamento da entrevista: deve ter em vista o objetivo a ser alcançado.
- b) Conhecimento prévio do entrevistado: objetiva conhecer o grau de familiaridade dele com o assunto.
- c) Oportunidade da entrevista: marcar com antecedência a hora e o local, para assegurar-se de que será recebido.
- d) Condições favoráveis: garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade.
- e) Contato com líderes: espera-se obter maior entrosamento com o entrevistado e maior variabilidade de informações.
- f) Conhecimento prévio do campo: evita desencontros e perda de tempo.
- g) Preparação específica: organizar roteiro ou formulário com as questões importantes. (P. 199)

Nesta perspectiva, Coqueiro (2013), assinala

- 1 A definição do tema, da forma, do método, enfim, de como a pesquisa será delineada não é um processo neutro, envolve escolhas por parte

do pesquisador, de fenômenos que se sobressaem no seu campo de interesse, seja do cotidiano profissional, seja no dia a dia da vida pessoal.

- 2 Conhecer um fenômeno da realidade não é tarefa fácil(sic), exige do pesquisador uma série de procedimentos
- 3 (...)avaliar se as escolhas que estão sendo feitas são apropriadas ao objeto que se pretende estudar, começando pela delimitação desse objeto, revisão de literatura, recorte espacial e temporal no qual a pesquisa será realizada, adoção de técnicas para aquisição das informações no período de exploração de campo e escolha do método de análise do material obtido e, por fim, a construção do conhecimento sobre a realidade estudada. (P. 175)

No caso em estudo, Judicialização da Política de Saúde no Hospital Walter Cantídio é um tema com o qual tenho aproximação no meu espaço de trabalho e sempre chamou minha atenção, principalmente em conhecer os sujeitos que demandam a Justiça para resolver querelas de acesso à saúde, os motivos que levaram os usuários a recorrer ao Judiciário e como o Hospital se comporta ao receber uma demanda judicializada. Os sujeitos que participaram desta pesquisa estão compreendidos entre usuários do Hospital Universitário Walter Canídio que recorreram ao Sistema Judiciário por meio da Defensoria Pública da União no período de 2014 e 2015; os gestores do referido Hospital e os defensores públicos da União.

A escolha por usuários do HUWC pode ser justificada pela compreensão que eu tenho a respeito da importância das falas desses sujeitos acerca de suas vivências quando da necessidade, tanto de recorrerem aos serviços de saúde, quanto ao sistema judiciário para acessarem o direito à saúde. Portanto, são pessoas que têm familiaridade com a temática.

Para identificar os usuários, recorri à consulta aos processos que chegaram ao HUWC no período de 2014 e 2015, encaminhados pela Defensoria Pública da União, demandando algum tipo de serviço ou insumo. Conforme dados obtidos na pesquisa exploratória, verifiquei serem diversas as instituições do sistema de justiça que encaminham processos para o Hospital das Clínicas, tais como: promotorias, defensorias públicas, Justiça Estadual e Justiça Federal. No intuito de delinear o público a colaborar com esta pesquisa, escolhi aqueles que recorreram à Defensoria Pública da União por duas razões: em primeiro lugar, porque a DPU é a instituição que mais encaminha processos judiciais para o Hospital Universitário Walter Cantídio;

segundo, por sua atuação direta nos graus e instâncias administrativas federais. Com amparo no levantamento realizado em todos os processos encaminhados no período de 2014 e 2015, selecionei aqueles que foram encaminhados pela DPU, num total de 169 processos. O passo seguinte se deu em nominar todos os usuários e anotar informações que pudessem me levar à sua localização para posterior contato, como endereço e número de telefone, cujos registros constavam nos processos e no sistema informatizado do Hospital das Clínicas.

O espaço temporal escolhido para a coleta de dados compreende os anos de 2014 e 2015. Este período justifica-se por dois motivos. Em primeiro lugar porque havia, de minha parte, a intenção de entrevistar partes recorrentes que já haviam obtido respostas quanto ao seu pedido na Justiça, tendo sido avaliado que este período seria adequado. Segundo, quando da pesquisa exploratória, realizada em 2016, o Hospital Universitário Walter Cantídio tinha disponibilizado em arquivo os dados dos referidos anos, o que facilitou a coleta de informações, pois os anos anteriores já haviam sido encaminhados para “arquivo morto”, de localização difícil.

Nesse percurso, encontrei algumas dificuldades para contato com os usuários, uma vez que alguns números de telefones informados não correspondiam mais aos atuais, não pertenciam mais aos usuários, ou estavam desligados ou fora de área. Além das informações constantes nos processos, também recorri ao sistema de informações do HUWC, conhecido como MASTER, para tentar acrescentar informações que pudessem ajudar na localização dos usuários.

Assim, das 169 partes recorrentes identificadas, em razão de problemas de comunicação, já relatados, entrei em contato com 61 pessoas. Destas, seis não aceitaram participar da pesquisa; dez desmarcaram a entrevista, alegando diversos motivos - viagens, indisponibilidade; dez usuários haviam falecido – descobri este fato ao entrar em contato seus componentes familiares por meio dos números de telefone disponibilizados. Dos 40 usuários previstos para serem entrevistados, pois, consegui entrevistar 35 sujeitos do público recorrente à judicialização.

As entrevistas aconteceram em diversos lugares, escolhidos pelos usuários, conforme previsto no Termo de Consentimento. Efetivei, assim, sete entrevistas no Hospital das Clínicas, pois os usuários alegaram que tinham consultas naquele dia e preferiam participar no Hospital. Realizei 25 pesquisas no domicílio do usuário, o que me levou a muitos lugares de Fortaleza e, alguns deles considerados

áreas perigosas, segundo informações deles próprios, inclusive verificando-se uma situação em que fui orientada a baixar os vidros do carro e andar em velocidade baixa para não “haver problemas na comunidade”. Houve ainda, um entrevistado que solicitou que a entrevista fosse realizada em um quiosque à beira-mar, o que foi prontamente atendido e dois recorrentes solicitaram que a entrevista fosse efetivada no seu trabalho, pois não poderiam se ausentar.

Ao convidar o sujeito para a pesquisa, realizava minha apresentação, explicitando meu nome, o curso e a vinculação com o Hospital das Clínicas. Indicava, ainda, em breves palavras, o tema do trabalho, ressaltando alguns pontos do Termo de Consentimento, como a não obrigatoriedade de sua participação; o sigilo das informações e a possibilidade de escolha do próprio usuário, no tocante ao local e horário para efetivar o procedimento.

Na realização das entrevistas com os usuários, não utilizei equipamento de áudio para gravação das conversas, porque, como parte dos entrevistados escolheu realizar a entrevista no Hospital das Clínicas e em outros locais, não consegui espaço apropriado para uso do equipamento, pois, em alguns dos locais que consegui para desenvolver a entrevista, havia ruídos que interferiam na gravação. As primeiras entrevistas consegui gravar em áudio, mas ficaram inaudíveis. Como a maioria dos usuários é de pacientes da Ortopedia, neste setor, não consegui que fosse disponibilizada uma sala para realizar a conduta. Por este motivo, decidi que iria fazer todas as entrevistas sem a gravação de áudio, para que todas tivessem o mesmo padrão, e, assim, resolvi reproduzir escritas as falas dos sujeitos, de maneira detalhada, registrando todas as circunstâncias, impressões e observações.

A escolha do Hospital Universitário Walter Cantídio se deu por dois motivos principais: em primeiro lugar, é o local onde trabalho e tenho contato direto com o público que procura o sistema judiciário para buscar atendimento na saúde. Depois lugar, porque o referido Hospital está configurado como unidade de nível terciário, contando com 39 especialidades médicas e 12 ambulatórios. Além desses serviços, possui ainda, leitos de internação e UTI, sendo, portanto, uma unidade que oferece serviços de alta complexidade, tornando-se um espaço de referência para diversas demandas de saúde. Não dispõe, entretanto, de capacidade para atendimento da demanda e, por este motivo, as pessoas recorrem ao Judiciário para terem acesso aos seus serviços.

No que se refere aos gestores, a escolha se deu para atender parte do objetivo deste trabalho, que é compreender e analisar a judicialização da saúde no Hospital Walter Cantídio. Por tal pretexto, é necessário ouvir aqueles que trabalham, administram e gerenciam no referido Hospital, porque denotam proximidade com a temática estudada. Conforme organograma institucional, o HUWC conta com três responsáveis principais: o superintendente, o gestor de atenção à saúde e o gestor administrativo. Para definir as pessoas que seriam entrevistadas, procurei a Gerência de Atenção à Saúde, responsável por todo o atendimento, procedimentos e serviços que são executados no HUWC. A responsável indicou que eu entrevistasse o responsável pela gestão do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e o responsável pela gestão do Setor Jurídico. Estes profissionais aceitaram prontamente participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em dia e horário marcados pelos referidos gestores e em local apropriado, sendo possível a utilização de aparelho de gravação de áudio, o que foi autorizado pelos entrevistados, conforme o Termo de Consentimento.

No que se refere aos defensores públicos da União, inicialmente mantive contato telefônico com a secretária da Defensoria, uma vez que o responsável havia já autorizado a realização da pesquisa, quando do envio da documentação para o Comitê de Ética da UFC. Após esse contato telefônico, foi solicitado o envio de *e-mail* com reprodução gráfica do projeto e cópia da autorização do responsável pela Defensoria Pública da União, permitindo a realização do trabalho, o que foi prontamente atendido por mim. Houve o agendamento e consegui realizar duas entrevistas, não sendo possível entrevistar os três defensores como estava previsto no projeto inicial, em decorrência da indisponibilidade do restante do conjunto dos defensores, justificada por ausências dos defensores em razão de férias e licenças. Fiquei aguardando uma nova oportunidade de agendamento, mantive contato telefônico outras vezes, enviei *e-mail*, mas não consegui agendar com o terceiro defensor. Portanto, a pesquisa foi realizada com dois defensores públicos da União e não com três, como havia sido previsto.

Por ser pesquisa envolvendo seres humanos, foram atendidas as exigências constantes nas Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, responsáveis pela regulamentação de trabalhos dessa natureza, e encaminhado o documento ao Comitê de Ética.

O trâmite foi iniciado no mês de março, com o ordenamento da documentação necessária para inscrição do projeto na Plataforma Brasil\* - autorizações institucionais (Defensoria Pública da União e Hospital Universitário Walter Cantídio); Carta de Anuência; Carta de Solicitação de Apreciação; Declaração de Concordância; Declaração de Cronograma; Declaração de Orçamento; Carta de Fiel Depositário; Termo de Compromisso; Folha de Rosto e Projeto de Pesquisa. Vale ressaltar que, antes de enviar para a Plataforma Brasil, foi necessário submeter toda a documentação descrita anteriormente ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio para apreciação e assinatura da carta de anuência. Após obedecidas todas as exigências, no dia 30 de março, o projeto e seus anexos foram submetidos para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, cuja aprovação se deu no dia 12 de maio de 2017.

As entrevistas foram iniciadas ainda no mês de maio e concluídas em meados do mês de julho de 2017 e aconteceram, individualmente, em dia, horário e local marcados com os sujeitos, de modo a resguardar o sigilo das informações. Na ocasião, os sujeitos foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido integralmente para posterior assinatura. No caso dos gestores e defensores públicos, houve a solicitação e autorização para o uso de gravador.

Guardei a preocupação em favorecer uma boa ambiência e conforto para os entrevistados, deixando-os à vontade para tirar todas as suas dúvidas quanto à entrevista, assim como providenciar local adequado para sua realização, apesar de ter sido possível garantir um ambiente exclusivo para realização da entrevista, mas, de acordo com o local indicado, principalmente quando os usuários preferiram realizar no próprio Hospital, procurei local que pudesse trazer certo conforto ao entrevistado.

O roteiro de entrevistas dos usuários compreendia 13 perguntas, as dos gestores dez questões e as dos defensores também dez perguntas e tiveram a duração média de 30 minutos, conforme previsto no TCLE. Estas entrevistas, bem como os respectivos TCLE, em forma física e os áudios, estão sob minha responsabilidade e serão devidamente incinerados e apagados dois anos após o término deste estudo, ou seja, no final do ano de 2019.

Uma pesquisa é movida pela dúvida, pela necessidade do conhecimento acerca do desconhecido, de um fato que despertou a atenção do pesquisador. As

informações sem o devido tratamento, no entanto, não são elucidativas para o estudo. Necessitam, portanto, da interpretação do investigador, o qual se utiliza de seu conhecimento pessoal e do aporte teórico que deu robustez à pesquisa.

Neste sentido, na intenção de analisar o material coletado, busquei inspiração na Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1979), compreendendo-a como “Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. (P. 09).

Esta proposta de Análise de Conteúdo não é recente, como aponta Minayo (2010), pois seu surgimento data do início do século XX. Era uma corrente psicológica, influenciada pelo positivismo, primando por um máximo de rigor e cientificidade, concebida desde uma perspectiva quantitativa e teve como principais representantes Bernard Berelson e Harold Lasswell. Já na metade do século passado, seus teóricos dividiram-se em três perspectivas, duas delas distintas: a perspectiva quantitativa que priorizava a frequência com que surgem as características; a perspectiva qualitativa que valorizava o conteúdo das mensagens; e a perspectiva que buscava uma conciliação dos termos, o rigor do cientificismo do material coletado e sua análise qualitativa.

Assim, a Análise de Conteúdo, principalmente desde os anos de 1970, se tornou mais abrangente, abarcando o campo do conteúdo das comunicações, do teor das mensagens, não se desvinculando de procedimentos sistemáticos e objetivos, sendo assim definida por Bardin como o “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. (1979, p. 42).

Ainda nesta perspectiva da Análise de Conteúdo, busquei fundamentação em Minayo (2010), quando se refere aos procedimentos metodológicos, destacando: “categorização, inferência, descrição e interpretação”, o que dependerá dos propósitos da pesquisa e do objeto de estudo.

Neste sentido, este experimento tem por objetivo analisar a judicialização da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio, por meio das percepções dos

sujeitos, compreendidos em usuários, gestores do referido Hospital e defensores públicos da União. Para tanto, utilizo como meio principal a fala dos sujeitos, com vistas a compreender este fenômeno sóciojurídico que se entrelaça com diversos aspectos da realidade, como o cotidiano dos sujeitos, o funcionamento do Hospital e a atuação do Judiciário. E, para alcançar o objetivo delineado, elegi como base analítica para este exame a Análise de Conteúdo, sob o aspecto de Bardin.

Os dados obtidos das entrevistas realizadas com os sujeitos e sua interpretação foram analisados com suporte na Análise de Conteúdo proposta por Bardin(1979).

A Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (1979), compreende três etapas: pré-análise – consiste na organização do material, na forma de coleta de dados e nas técnicas utilizadas para reunir a informação; descrição analítica – ou ao estudo aprofundado do material, tendo como procedimento a codificação, a classificação e a categorização dos dados; e a interpretação referencial – compreende a reflexão, a intuição e o embasamento nos materiais empíricos, buscando estabelecer relações.

Apesar do aporte teórico de Bardin (1979) e Minayo (2010), todavia, a via prática para desenvolvimento da Análise de Conteúdo deste trabalho foi possível por via das intervenções de minha orientadora que, de forma brilhante, desenvolveu comigo os passos para uma interpretação profícua das temáticas escolhidas.

Após transcrever todas as entrevistas dos sujeitos, conforme as temáticas abordadas por meio de perguntas semiestruturadas, dividi todo o conteúdo separando-o por temáticas mais específicas. Em seguida, conforme a aproximação, interligação dos conteúdos, eu e minha orientadora, dividimos em seis temas principais, agrupando aqueles que se complementavam, ficando assim circunscritos os referidos assuntos: tema 1 – Concepções de saúde: confluência de diferentes perspectivas; tema 2 – Saúde e Justiça - uma estreita relação em tempos contemporâneos; tema 3 – Judicialização no contexto da saúde - uma polêmica em aberto; tema 4 – Razões da busca do Judiciário na luta pela saúde; tema 5 – Atuação do Poder Judiciário nos processos de judicialização da saúde; tema 6 – Percursos dos sujeitos nos processos de judicialização.

Cada etapa se dava permeada por uma leitura minuciosa do conteúdo das informações, num exercício de apreensão da mensagem para a devida interpretação dos resultados, sempre auxiliada pela fundamentação teórica escolhida neste trabalho, trilhando os caminhos de Minayo, quando ensina que,

Para fazermos interpretação, além de termos como base as inferências que conseguimos realizar com os resultados da nossa pesquisa, precisamos também de uma sólida fundamentação teórica acerca do que estamos investigando. (2010, p. 91).

## **5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO NA ÓTICA DOS SUJEITOS: UMA ANÁLISE EM CONSTRUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde no Brasil tem como fundamento o pensamento da reforma sanitária, em termos de uma política dita universal, integral, descentralizada, que pudesse atender equanimemente a todos os cidadãos. Foi, então, garantida como política materializadora da saúde, direito social, reconhecida no Artigo 6º da Constituição Federal de 1988.

Esse direito convive, entretanto, com dois projetos em disputa: o projeto sanitarista, que inspirou o SUS e a formulação de sua base legal; e projeto privatista, também reconhecido constitucionalmente no artigo 199, nos seguintes termos:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Cabe ressaltar que o projeto privatista, baseado na iniciativa privada, ocupa, cada vez mais, espaço significativo no âmbito da saúde, consolidando-se como hegemônico nos dias atuais. Esta disputa, com dominância do projeto privatista, reduz cada vez mais as ações do Estado na implementação de políticas públicas, refletindo-se na dificuldade de acesso da população a programas, serviços e benefícios, sobremaneira os da saúde, considerados essenciais.

Ao mesmo tempo em que a saúde assume o patamar de direito, o Poder Judiciário, por meio da Constituição Federal de 1988, adota o papel de guardião da Carta Magna, devendo zelar pelo cumprimento dos direitos que nela estiverem inscritos. Esta prerrogativa, aliada ao ativismo judicial, fez nascer a judicialização, fenômeno crescente e que tende a aumentar, uma vez que o escopo de ações das políticas sociais está diminuindo.

Neste sentido, o fenômeno da judicialização adentra o terreno da saúde e acoia nas instituições onde os serviços são ofertados, no caso em estudo, o Hospital Universitário Walter Cantídio. Também conhecido como Hospital das Clínicas, o HUWC é uma instituição pública que presta serviços de assistência à saúde, compondo o nível de atenção terciária, ofertando desde consultas e exames especializados, a cirurgias complexas, tais como os transplantes de órgãos, sendo

referência em diversos tipos de tratamentos - traumatologia, hematologia, oftalmologia, neurologia, dentre outros. Disponibiliza, pois, à população uma série de serviços necessários à recuperação e manutenção a saúde. O HUWC, no entanto, convive com o dilema do número elevado de demandas, comparando-se à capacidade instalada, não conseguindo dar resolubilidade a todas as situações de saúde identificadas, levando os pacientes a permanecerem em fila de espera que, por vezes, estendem-se por anos, sem que haja uma solução. Neste sentido, o HUWC constitui alvo da judicialização.

Compreender como a judicialização acontece em uma unidade judicializada, com amparo nos discursos dos sujeitos – usuários, gestores e defensores públicos da União – foi o objetivo primeiro deste trabalho avaliativo. A pesquisa buscou apreender como os sujeitos compreendem a saúde, o direito à saúde, a judicialização, os motivos que levaram a procurar o Judiciário e os mecanismos de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Desvelar este conteúdo com um grupo tão heterogêneo não é tarefa simples, entretanto, o estudo permitiu vislumbrar o fenômeno da judicialização com esteio em diversas ópticas: de quem recorre ao Judiciário, ou seja, os usuários; de quem dá cumprimento à ordem judicial e organiza os serviços de saúde, ou seja, os gestores; e de quem escuta as demandas dos usuários e transforma tais demandas em processo judicial – os defensores públicos da União. Estes sujeitos ocupam lugares sociais distintos, na contextura de uma mesma circunstância: a judicialização.

Os sujeitos poderão, com efeito, imputar explicação, sentidos e significados diferenciados ao mesmo fenômeno, conforme os conhecimentos e as experiências nos setores individuais e coletivos e do local que ocupam na malha social.

### **5.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa**

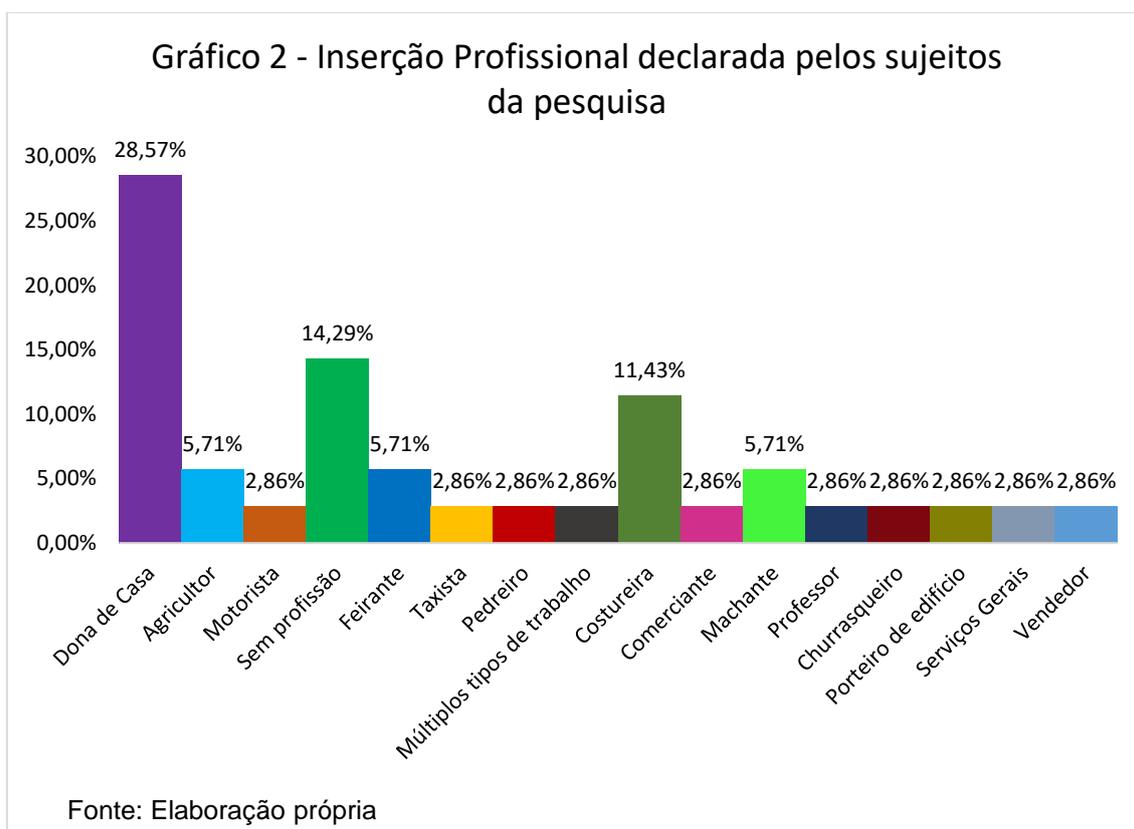
A investigação sobre a judicialização da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC – envolveu três segmentos distintos: os usuários que recorrem à judicialização no âmbito do HUWC; gestores deste Hospital e defensores públicos da União.

Na problematização do fenômeno da judicialização, no espaço de um hospital universitário, um aspecto central a despertar meu interesse como pesquisadora é, justamente, delinear quem são os usuários do HUWC que recorrem

à judicialização. Interessa-me, particularmente, circunscrever este grupo de recorrentes à judicialização em termos de inserção profissional no mundo do trabalho; situação no locus da seguridade social; faixa etária; renda da família; escolaridade; sexo; raça/etnia/grupo humano; religião; problema de saúde que levou à judicialização e tipo de serviço demandado. Assim, impôs-se a exigência de constituir um perfil dos usuários, bem como uma configuração dos gestores e defensores públicos da União.

### 5.1.1 Perfil dos usuários recorrentes da judicialização

De maneira sistemática, consegui realizar 35 entrevistas com sujeitos que recorrem à judicialização, chegando a delinear um perfil deste grupo, que passo a especificar.



Os usuários que procuraram a Justiça para obter acesso aos serviços de saúde desenvolvem distintas atividades laborais, com destaque, em um percentual de 28,57%, para os trabalhos desenvolvidos no espaço doméstico, identificados com a

denominação “dona de casa”<sup>51</sup>, a contribuir para a reprodução da família, não sendo oficialmente reconhecido como trabalho, sem receber a necessária remuneração.

Em segundo lugar, aparecem aqueles que, em percentual de 14,29%, declararam não ter ofício definido, homens e mulheres que, ao serem questionados sobre a sua inserção profissional, não identificaram nenhum vínculo com o mundo laboral.

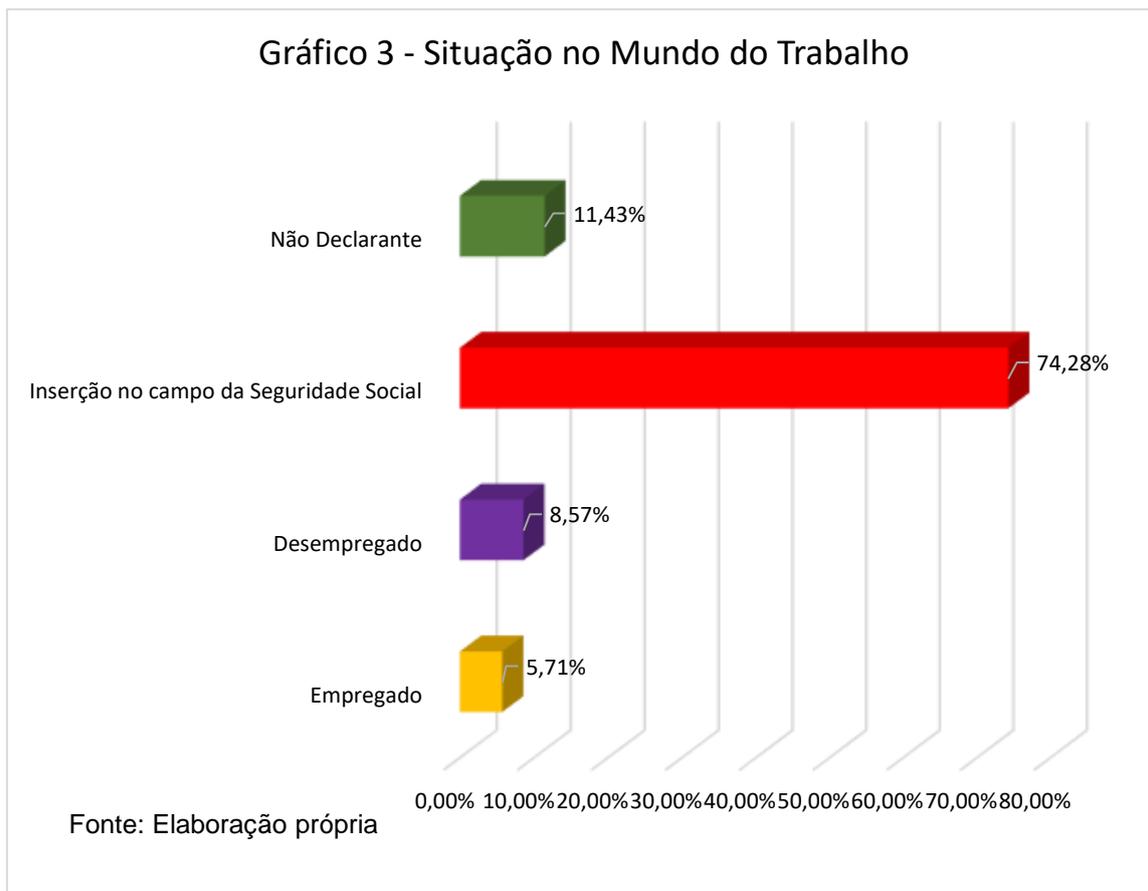
Em terceira posição, emergem atividades vinculadas ao setor terciário, com ênfase na ocupação de costureira, com um percentual de 11,43%, seguida da ocupação como machante, com trabalho em frigoríficos, e da atividade feirante, ambas com percentual de 5,71%.

Igualmente com percentual de 5,71% aparece a atividade, do setor primário, de agricultor. Na sequência, configuram-se distintas atividades do setor terciário, com percentual de 2,85%, incluindo motorista, taxista, pedreiro, comerciante, professor, churrasqueiro, porteiro de edifício, operador de serviços gerais e vendedor. Chamam a atenção, com o mesmo percentual de 2,85%, aqueles que disseram “fazer de tudo”, que denominei com “desenvolvimento de múltiplos tipos de trabalho”, ou seja, faz os chamados bicos de acordo com o que aparece.

É importante ressaltar que no item inserção profissional, os sujeitos declararam o que os identifica no mundo do trabalho, não significando que, no momento em que buscam a judicialização de serviços de saúde, estejam desenvolvendo esta atividade, situando-se, inclusive, como aposentados, beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), pensionista e recebendo auxílio-doença, conforme circunscrito em gráficos a seguir.

---

<sup>51</sup> Vale ressaltar que com a qualificação “dona de casa”, a pessoa poderá se inscrever na Previdência Social como segurada facultativa, pagando 11% ou 20%, conforme sua disponibilidade financeira. Aquelas provenientes de família de baixa renda e que não possuem renda própria terão alíquota reduzida de 5% do valor do salário-mínimo, desde que estejam devidamente inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, informando, no campo adequado, que são “donas de casa” e que “não possuem renda”.

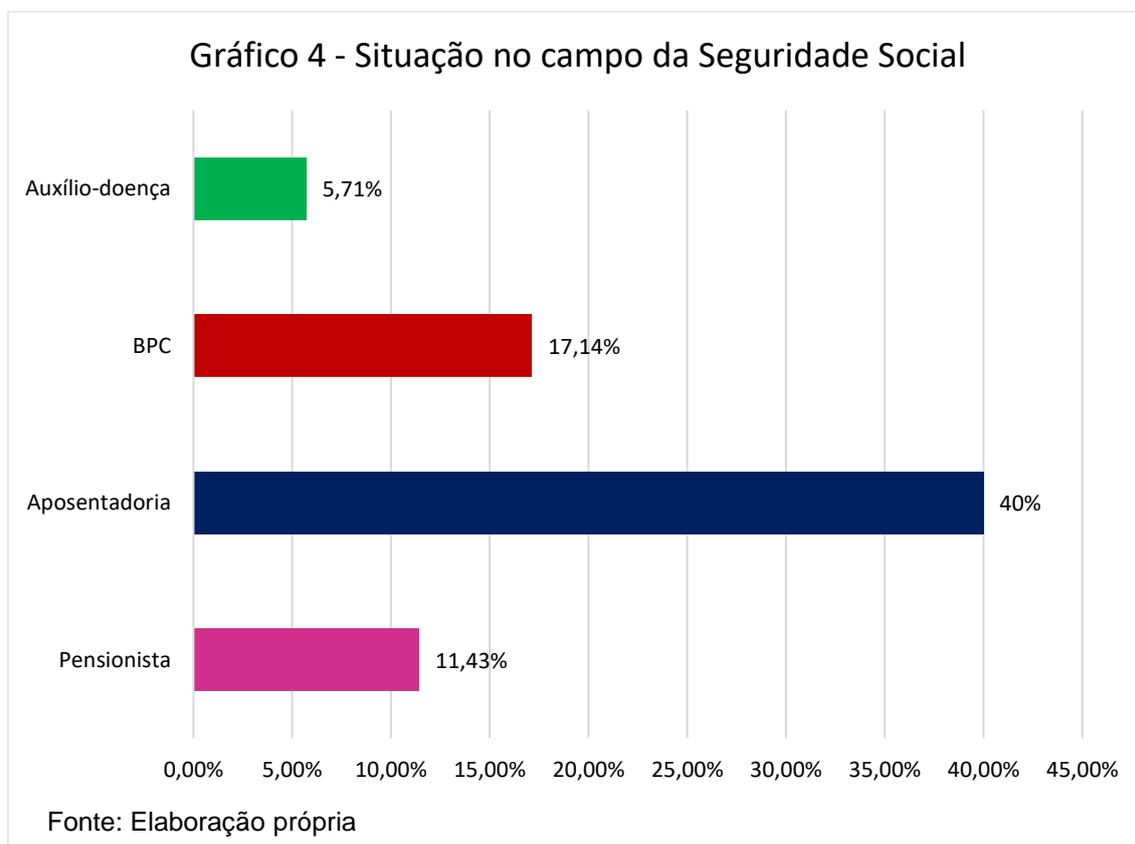


Tem especial destaque a situação desses sujeitos que buscam a judicialização da saúde no concernente à sua inserção no mundo do trabalho, uma vez que apenas um número relativamente pequeno de 5,71% se declarou como empregado e 8,57% declararam-se como desempregados, ao passo que a maioria, 74,28%, afirmou-se vinculado à Previdência Social ou à Assistência Social. Ademais, um percentual de 11,43% não se declarou em face desta questão.

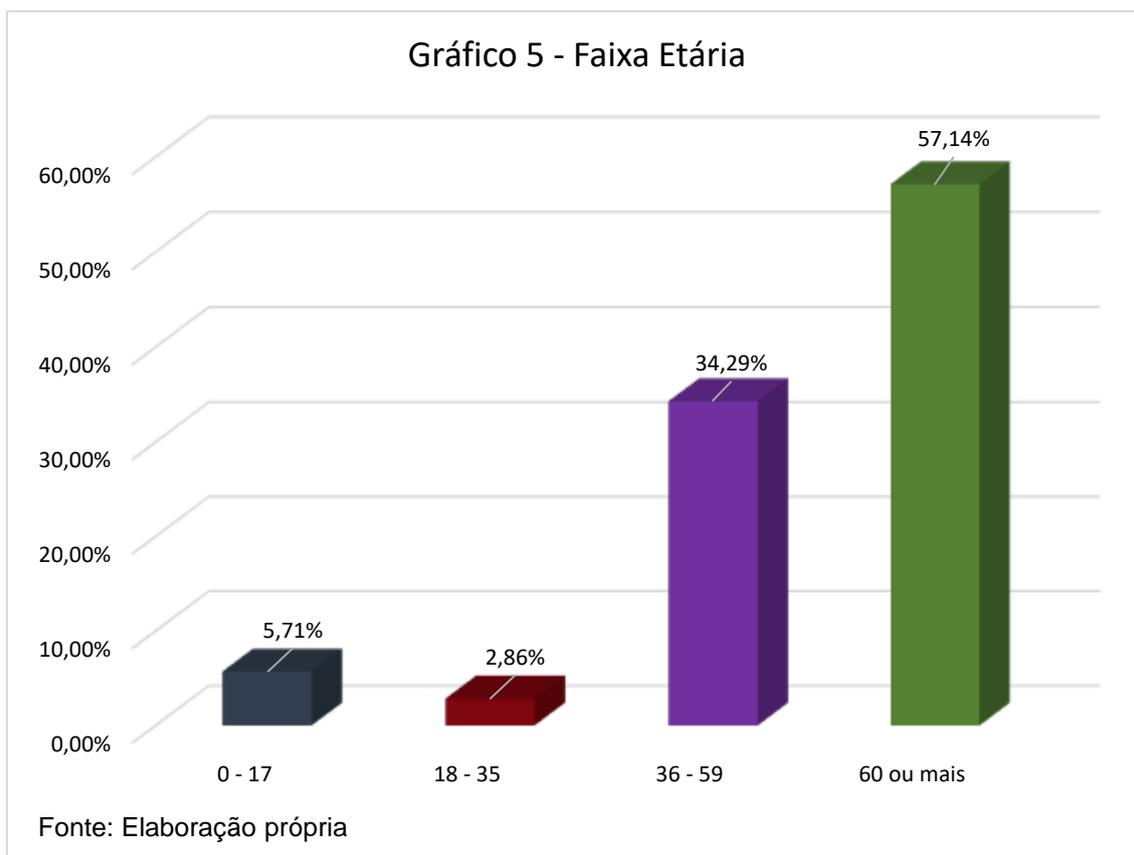
Considerando a peculiaridade profissional destes sujeitos, em que um percentual de quase 30% está configurado como de dona de casa – situação deveras ambígua no mundo do trabalho, como alguém que trabalha intensamente em casa e não é considerada na condição de trabalhadora – e que grande parte situa-se em atividades do setor terciário, que pode ou não ter vínculo empregatício, chama atenção o baixo número dos que se declararam empregados ou desempregados.

Em verdade, a maioria tem renda decorrente da Previdência Social ou da Assistência Social, o que não impede de exercer atividades profissionais, por conta própria, no chamado setor informal. Com base nas conversas durante a entrevista,

realmente apenas um sujeito afirmou vínculo de emprego e a maioria está na informalidade por conta própria, sem nenhuma proteção trabalhista.

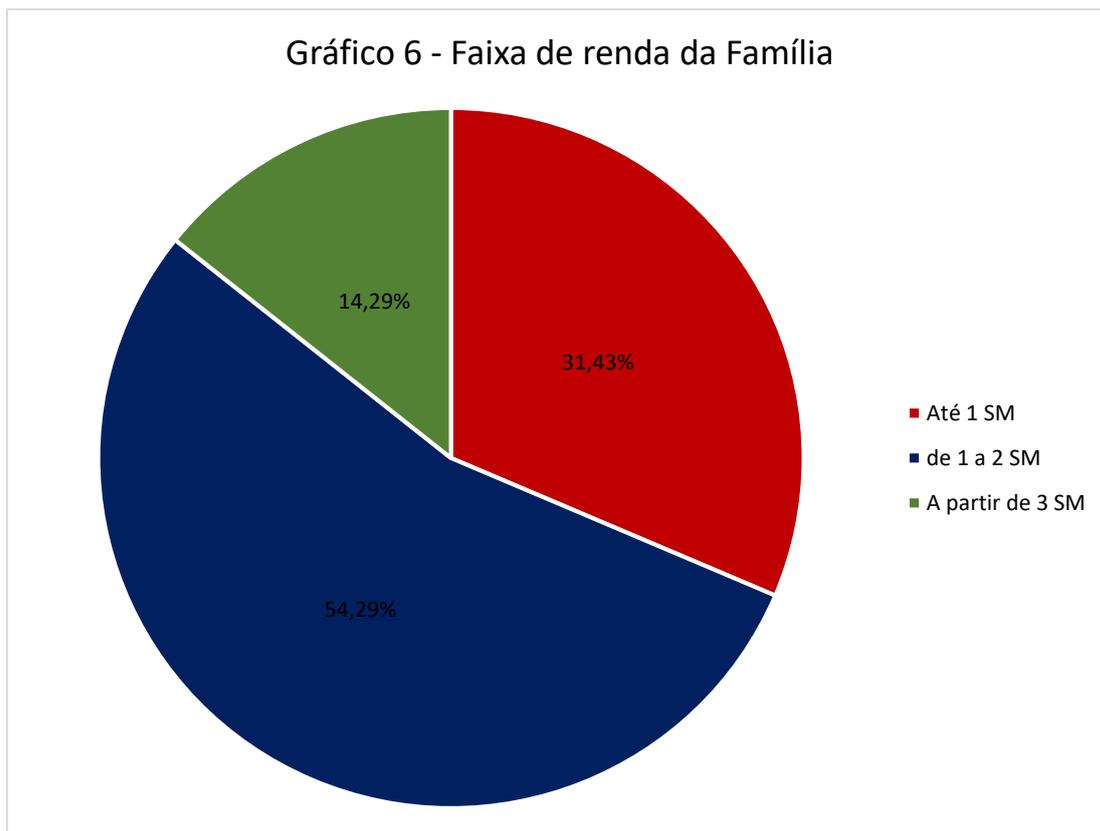


Dos 74,28% que revelam vínculos com a seguridade social, 40% são de aposentados, 17,14% recebem o BPC da Política de Assistência Social, 11,43% são pensionistas e 5,71% recebem auxílio-doença, coincidindo, justamente, com aquele sujeito que declarou ter vínculo empregatício. Assim, pode-se bem perceber que a maioria tem como uma de suas fontes de renda os vínculos com a Seguridade Social. De fato, esta é uma situação que se justifica, inclusive, pela situação etária desses sujeitos cuja maioria tem 60 anos de idade ou mais.



No que se refere à faixa etária, os dados revelam que mais da metade dos sujeitos que buscam a judicialização da saúde, ou seja, 57,14%, está situada na faixa etária de idosos, pessoas com 60 anos de idade ou mais. O intervalo etário de pessoas adultas é bem representativo, com 34,29%.

Vale ressaltar que, dentre estes considerados adultos produtivos, uma parte recebe o BPC na condição de pessoas com deficiência, decorrente do problema de saúde que ora apresentam e que os fez buscar a judicialização. Malgrado pouco representativo, há que se considerar o percentual de pessoas jovens, de menos de 18 anos de idade, que necessitaram procurar o sistema judiciário, representando 5,71% dos sujeitos, e o percentual de 2,86% de pessoas jovens-adultos com idade de 18 a 35 anos.

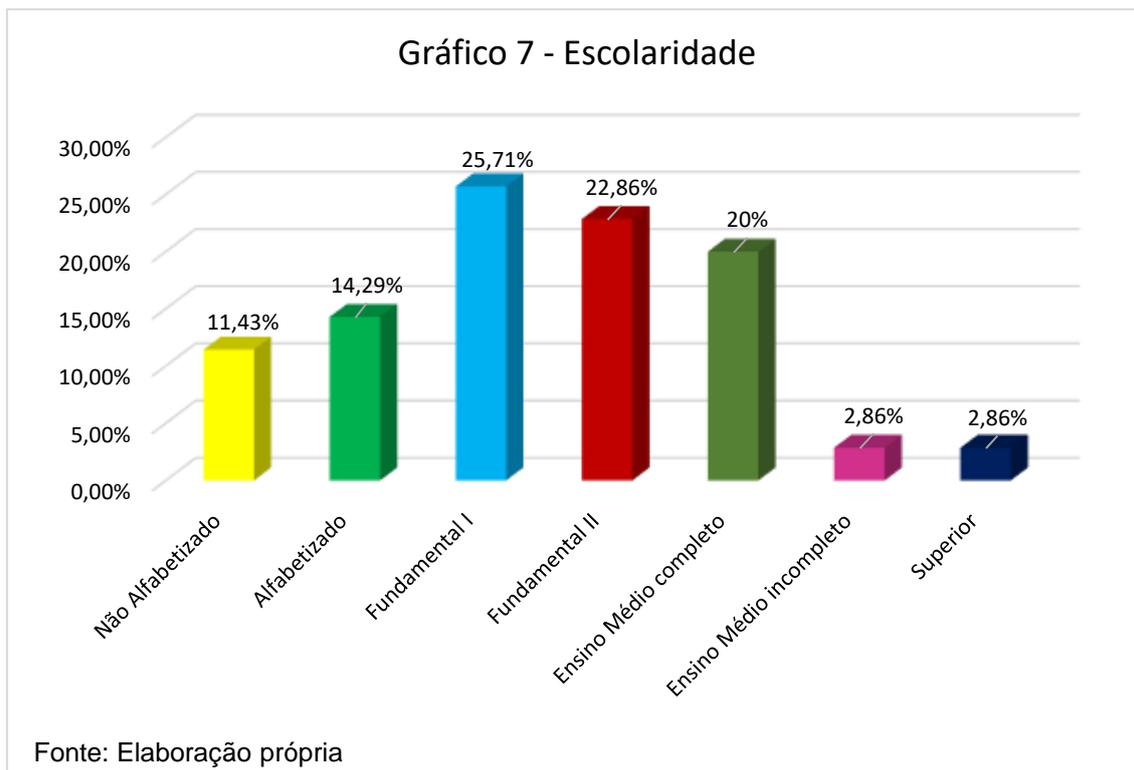


Fonte: Elaboração própria

Avançando na configuração deste perfil, necessário se faz situar os sujeitos no tocante à faixa de renda da família. De fato, a maior parte dos sujeitos está inserida em famílias com renda de até dois salários-mínimos<sup>52</sup>. Em considerar a média de pessoas por família, que é de 4,37, posso inferir que a renda *per capita* é de R\$ 428,83 (quatrocentos e vinte e oito reais oitenta e três centavos), do salário-mínimo. Número relativamente expressivo, 31,43%, provém de famílias que auferem renda de até um salário-mínimo, o que corresponde à *per capita* de R\$ 214,41 (duzentos e catorze reais e quarenta e um centavos). Somando os que têm renda familiar até um salário-mínimo e os que têm de um a dois salários-mínimos, verifica-se o total de 85,72%. Assim, é possível aferir que, em sua maioria, os recorrentes que procuraram a Defensoria Pública da União para a judicialização da saúde atendem aos critérios de renda estabelecidos por meio da Resolução nº 133<sup>53</sup>, publicada no Diário Oficial da União do dia 02 de maio de 2017.

<sup>52</sup> Salário-mínimo vigente em dezembro de 2017 equivale a R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais).

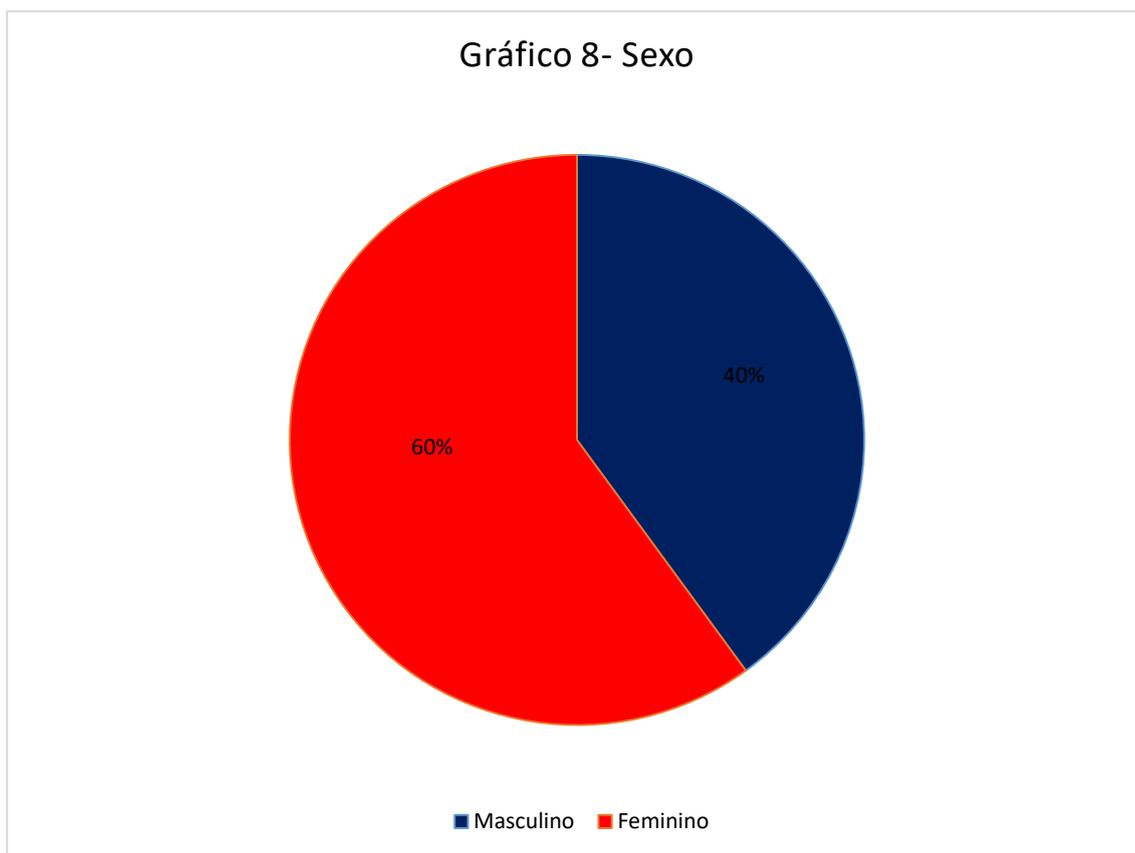
<sup>53</sup> Com esta Resolução, tem a prerrogativa de buscar a Defensoria Pública os que têm até R\$ 2.000,00 de renda por família, podendo ser alvo alterações, conforme avaliação do defensor público juntamente com o beneficiário, o qual poderá utilizar outros critérios para definir a renda insuficiente para pagar custas processuais.



Quanto à escolarização, verifica-se que 48,57% declararam ter cursado o Ensino Fundamental. Destes, 25,71% afirmam ter concluído o Ensino Fundamental I<sup>54</sup>. Um contingente de 20% declarou ter Ensino Médio completo e 2,86%, Ensino Médio incompleto. Relativamente expressivo contingente de 14,29% declarou ser alfabetizado e 11,43% expressou-se como não alfabetizados. Apenas 2,86% dizem ter Ensino Superior. Assim, somando-se alfabetizado e não alfabetizado, Ensino Fundamental I e Ensino Fundamental II tem-se o significativo percentual de 74,29%. Conseqüentemente, apesar da pouca escolaridade, este motivo não impediu que os usuários buscassem o sistema judiciário para acesso aos serviços de saúde de que necessitavam.

---

<sup>54</sup> Ensino Fundamental I compreende do 1º ao 5º ano, sendo que, no período em que os recorrentes concluíram esta etapa de estudo, ainda era classificado como da 1ª a 4ª série. Tal mudança começou a ocorrer no Brasil em 2005 com a proposta do Ensino Fundamental em nove anos.

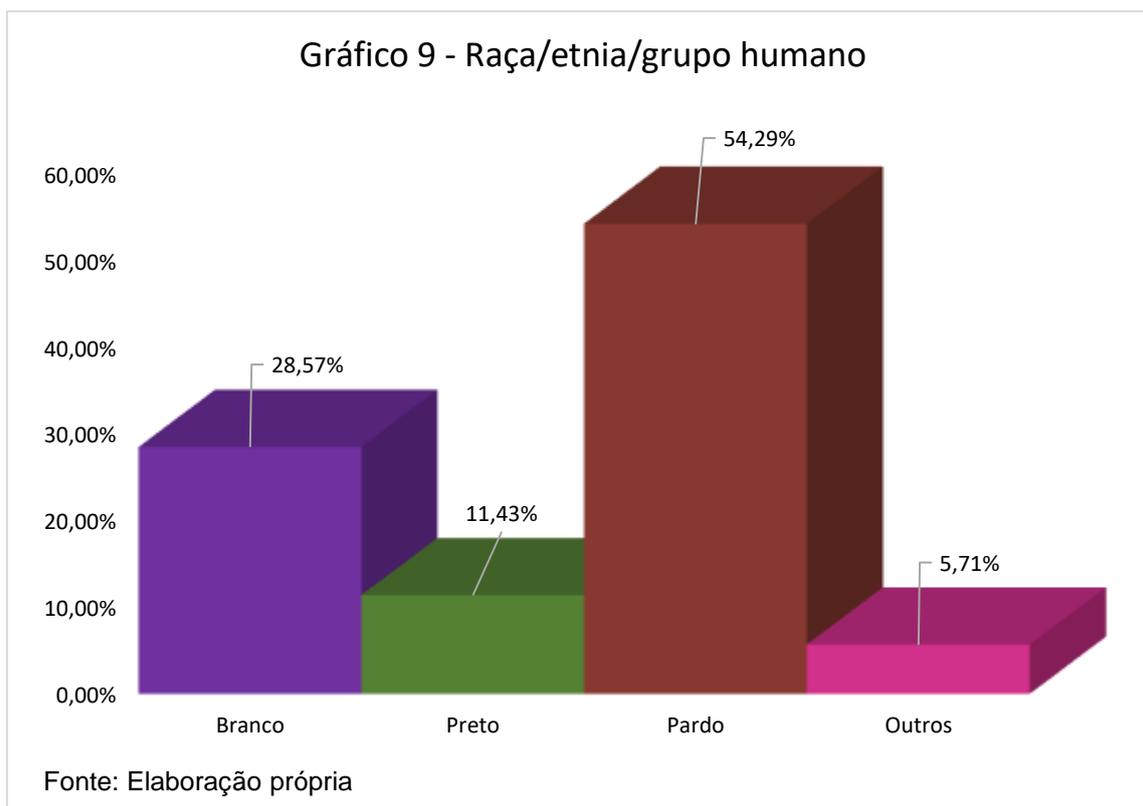


Fonte: Elaboração própria

Considerando dados referentes ao perfil socioeconômico dos usuários desta pesquisa, no que se refere ao sexo, verifica-se que em 60% as ações foram impetradas por pessoas do sexo feminino<sup>55</sup> e 40% do masculino. Logo, a maioria dos recorrentes é de mulheres, mas há um número relativamente considerável de homens.

---

<sup>55</sup> Levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizado em 1998 e analisado nos estudos de Pinheiro et. al, já demonstravam que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Isto me leva a pensar hipóteses para este número mais elevado de mulheres. Dentre elas, destaco o estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo em 2007, que apontam algumas razões para a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde. São elas: questões culturais ligadas à compreensão da vulnerabilidade, em contrário ao ser forte, viril da cultura machista; medo da descoberta de uma doença grave; e indisponibilidade de serviços de saúde específicos para este público.

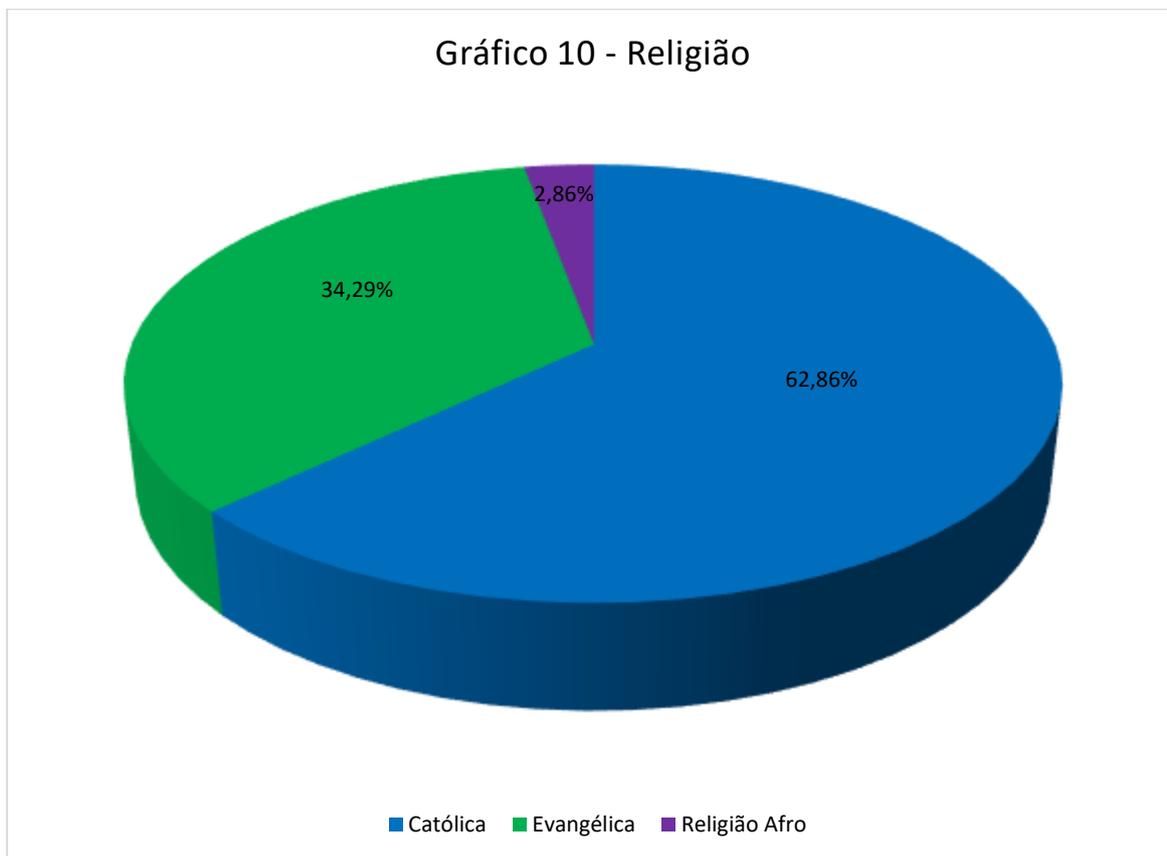


Acrescendo ao perfil a dimensão raça/etnia/grupo humano, 54,29% dos recorrentes se identificaram como pardos e 11,43% como pretos. Somando estas duas informações, constata-se que 65,72% dos sujeitos que procuraram a Justiça para buscar o direito à saúde são de pessoas consideradas negras<sup>56</sup>. Dos sujeitos entrevistados, 28,57% identificaram-se como brancos e 5,71% como outros. Os recorrentes que marcaram esta opção “outros” não se percebiam nem como brancos, tampouco como pretos, mas com uma cor intermediária que não quiseram qualificar de parda e, sim, cor de “canela”, “bronzeados”; e alegavam que eram brancos, e que, devido à exposição ao sol, estavam morenos, o que foi por mim respeitado.

Cabe ressaltar que o número expressivo de negros, identificado nesta pesquisa, é compatível com os dados do IBGE de 2013, em que 53% se declararam negros. Fato importante a registrar refere-se ao modo como as pessoas reagem ao informarem sobre sua cor, pois a primeira reação era olharem para os braços e conferirem a cor da pele. Houve, pois, aqueles que, acompanhado de outros membros

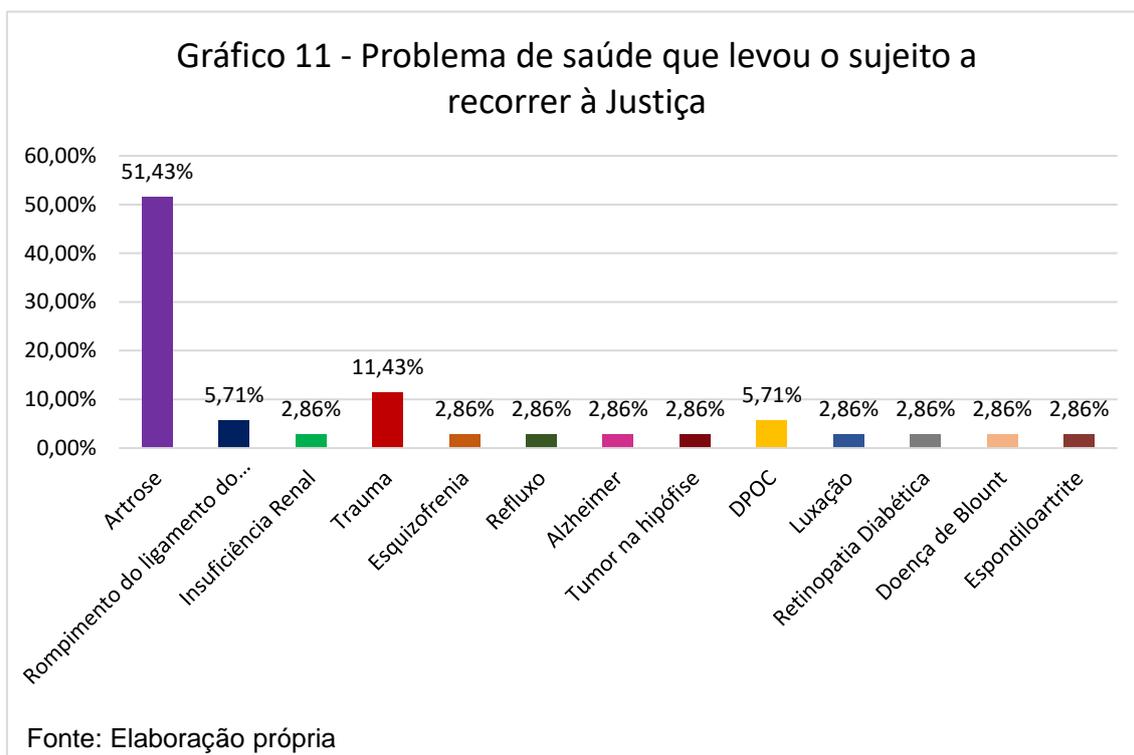
<sup>56</sup> Cabe esclarecer que estas denominações “pardo” e “preto” são categorizações oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que são contestadas por pesquisadores da Questão Negra e militantes do Movimento Negro. Sobre isto ver

familiares, divergiram quanto à informação, pois, enquanto o usuário informava que era branco, seu parente insistia em afirmar que era pardo.



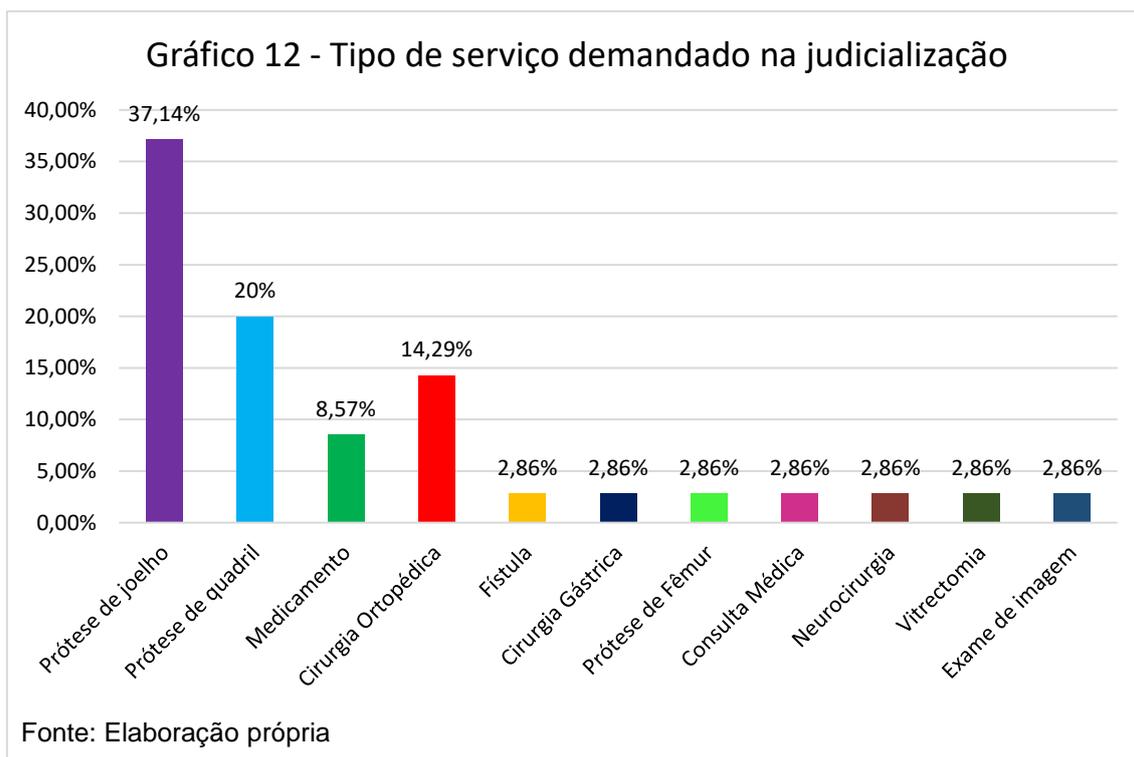
Fonte: Elaboração própria

Dos sujeitos entrevistados, 62,86% declararam seguir a religião católica e 34,29% afirmaram ser evangélicos. Enquanto isso, apenas uma pessoa, representando 2,86%, afirmou seguir uma religião afro. Esses dados confirmam informações do Censo do IBGE, realizado em 2010 em que 65% se declaram como católicos. Esse número, entretanto, vem diminuindo a cada ano, considerando que, no ano 2000, o total de pessoas que se declaravam católicos era de 73,7%, enquanto a população de evangélicos passou de 10,4% em 2000 para 13,4% em 2010, não havendo mudança expressiva nas demais confissões.



Adentrando mais o perfil dos sujeitos recorrentes à judicialização, é necessário demarcar os problemas de saúde que levaram à busca da Justiça. Neste sentido, destacam-se problemas relacionados às questões traumato-ortopédicas, tais como: artrose - 51,43%; trauma – 11,43%; rompimento do ligamento do joelho – 5,71%; luxação – 2,86%; doença de Blount – 2,86% e espondiloartrite – 2,86%, somados os percentuais, constata-se que as questões traumato-ortopédicas representam 77,12% dos casos.

Em seguida, problemas de saúde insertos nas mais diversas especialidades, quais sejam: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), representando 5,71% dos sujeitos; esquizofrenia, refluxo, Alzheimer, tumor na hipófise e retinopatia diabética, com 2,89% cada qual. Convém mencionar que estes problemas de saúde, conforme relatos, trouxeram muitas dificuldades na vida dos sujeitos, principalmente na realização de atividades laborais e do cotidiano doméstico.



Seguindo a natureza dos problemas de saúde que levaram os sujeitos a recorrerem à Justiça, a maioria dos serviços demandados também se refere à traumatologia-ortopedia, representando 77,15% dos pleitos. Assim, serviços como prótese representam 57,14% das demandas, ou seja, mais da metade dos procedimentos requisitados. Das próteses demandadas, a de joelho é a mais solicitada, representando 37,14% de todos os serviços requeridos na Justiça e 20% referem-se à prótese de quadril. Segundo o Dr. Hugo Cobra, ortopedista e chefe do Centro de Cirurgia de Joelho do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into), “A cirurgia de joelho representa a maior fila do Hospital e a maior demanda do Brasil”. Convém salientar que os serviços de prótese são relativamente caros, em uma média de preços que varia.

Em seguida, tem-se a demanda por medicamentos, representando 8,5% dos insumos requisitados por via judicial que chegaram ao Hospital Universitário Walter Cantídio. Na sequência, estão outros tipos de procedimentos cirúrgicos, tais como: fístula, cirurgia gástrica, neurocirurgia e vitrectomia, com 2,86% dos pedidos. Também é possível identificar demandas por consulta médica especializada e exame de imagem, representando 2,86% das solicitações.

### **5.1.2 Configuração dos gestores do Hospital Universitário Walter Cantídio e dos defensores públicos da União**

O Hospital Universitário Walter Cantídio pertence a um complexo hospitalar que conta com uma estrutura organizacional, conforme disposta no gráfico abaixo, com suas respectivas gerências e campos de atuação, de modo a garantir o seu pleno funcionamento. Neste sentido, há estruturas que atendem a todo o complexo hospitalar, e existem aquelas que atendem especificamente a cada um dos hospitais e todos estão ligados diretamente ao colegiado executivo. O organograma dessa estrutura pode ser visto em <http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/organograma>

Para desenvolver este trabalho, entrevistei dois gestores, um ligado à Gerência de Atenção à Saúde do HUWC e um do Setor Jurídico que atende tanto ao HUWC quanto à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. O Gestor 01 é do sexo feminino. Concursada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde 2014, ocupa a função de médica e o cargo de chefe da Unidade de Regulação e tem 41 anos de idade. Já o Gestor 02 é do sexo masculino. Também concursado pela EBSERH em 2014, ocupa a função de advogado e o cargo de Chefe do Setor Jurídico, com 33 anos de idade. Ambos ocupam cargos estratégicos de acordo com o organograma institucional, contribuindo para o melhor desenvolvimento das atividades do complexo hospitalar, e do HUWC, mais especificamente, lidando cotidianamente com demandas judicializadas.

A Defensoria Pública da União é um órgão do sistema de justiça, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Complementar nº 80, de janeiro de 1994. Sua atribuição está dividida em três eixos distintos e complementares, configurados na sequência.

a) Prestação do serviço de assistência judicial integral e gratuita perante os juízos federais, do Trabalho, juntas e juízos eleitorais, juízos militares, as auditorias militares, Tribunal Marítimo e as instâncias administrativas, nos tribunais superiores e no Supremo Tribunal Federal, nas mais diversas áreas de atuação, tais como direitos humanos, previdenciário, criminal, entre outras.

b) Atuação extrajudicial para a resolução de conflitos às pessoas físicas e jurídicas e as mais diversas instâncias da Administração Pública Federal, uma vez que cabe ao defensor público realizar acordos entre as partes em conflito, o que

contribui sobremaneira para a redução das demandas que chegam ao Poder Judiciário; e

c) Prestação de assistência jurídica preventiva e consultiva, que funciona para a minimização dos conflitos de interesse no seio da sociedade, o que contribui para a formação da cidadania plena (BRASIL, 2015, p. 21 e 22).

Consoante informações contidas no Mapa da DPU 2015, no Ceará, a DPU possui um órgão de atuação, situado em Fortaleza, e foi responsável, no período de 2011 a 2015, por 205.051 atendimentos, prestando assistência jurídica a pessoas provenientes de 155 dos 184 municípios do Estado, representando 84% dos municípios cearenses. A DPU funciona com a capacidade abaixo do esperado em relação ao número de defensores públicos da União, apresentando um déficit médio de 70%, como se pode constatar na tabela seguinte. Esse déficit prejudica o acesso dos cidadãos ao sistema de justiça.

Tabela 01 – Déficit de Defensores Públicos Federais de 2<sup>a</sup>57 Categoria

UF	Quantidade de Defensores			
	Atual	Estimada	Déficit	%
AC	7	11	4	36%
AL	9	21	12	57%
AM	11	16	5	31%
AP	3	16	13	81%
BA	19	85	66	78%
CE	12	53	41	77%
DF	31	5	0	0
ES	11	32	21	66%

<sup>57</sup> Art. 19. A Defensoria Pública da União é integrada pela Carreira de Defensor Público Federal, composta de 3 (três) categorias de cargos efetivos: (Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 2009) (Vide Lei nº 12.763, de 2012)

I – Defensor Público Federal de 2ª Categoria (inicial); (Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 2009).

II – Defensor Público Federal de 1ª Categoria (intermediária); (Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 2009).

III – Defensor Público Federal de Categoria Especial (final). (Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 2009).

Art. 20. Os Defensores Públicos Federais de 2ª Categoria atuarão junto aos Juízos Federais, aos Juízos do Trabalho, às Juntas e aos Juizes Eleitorais, aos Juizes Militares, às Auditorias Militares, ao Tribunal Marítimo e às instâncias administrativas. (Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 2009).

<b>GO</b>	9	48	39	81%
<b>MA</b>	7	27	20	74%
<b>MG</b>	37	144	107	74%
<b>MS</b>	9	37	28	76%
<b>MT</b>	10	37	27	73%
<b>PA</b>	13	48	35	73%
<b>PB</b>	7	32	25	78%
<b>PE</b>	22	64	42	66%
<b>PI</b>	6	32	26	81%
<b>PR</b>	32	101	69	68%
<b>RJ</b>	57	106	49	46%
<b>RN</b>	11	32	21	66%
<b>RO</b>	11	21	10	48%
<b>RR</b>	7	5	0	0
<b>RS</b>	29	128	99	77%
<b>SC</b>	11	91	80	88%
<b>SE</b>	5	27	22	81%
<b>SP</b>	81	234	153	65%
<b>TO</b>	3	16	13	81%
<b>TOTAL</b>	470	1.469	1.027	70%

Fonte: DPU/ASPLAN e DPU/SEP

Na configuração desta pesquisa, entrevistei dois defensores públicos da União. Ambos ingressaram por meio de concurso público realizado em 2010, portanto, exercem a função de defensor público da União há sete anos. Possuem formação em Direito, requisito exigido para ocupar o cargo de defensor. Em relação ao sexo, os entrevistados eram do sexo masculino. Atualmente, a DPU no Ceará conta com 17 defensores públicos, dentre as três categorias, dos quais nove são do sexo masculino, correspondendo a 53% do quadro nessa especialidade. Estes dados assemelham-se aos indicadores nacionais, divulgados no Mapa da DPU 2015, em que 60% dos defensores públicos federais são do sexo masculino. No que se refere à idade, os defensores entrevistados informaram que tinham 32 e 33 anos. Neste sentido, também se assemelham à distribuição de defensores por faixa etária no conceito nacional, conforme dados do Mapa da DPU 2015, expostos na Tabela 02.

Tabela 02 – Distribuição dos Defensores por Faixa Etária

Faixa Etária	Quantidade	Percentual
20 – 30 anos	113	18%
31 – 35 anos	234	38%
36 – 40 anos	183	29%
41 – 45 anos	63	10%
46 – 50 anos	20	3%
Acima de 50 anos	14	2%
<b>Total</b>	<b>627</b>	<b>100%</b>

Fonte: DPU/SGP

## 5.2 Concepções de saúde: confluência de diferentes perspectivas

Ao longo da história, são diversas as concepções de saúde e sua ligação com a doença e a cura, atendendo às necessidades culturais dos povos em determinado tempo histórico. Assim, anota Scliar (2007), que “[...] o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural.” Em outras palavras, de acordo com o autor, “[...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”. Essas concepções de saúde coexistem e, por vezes se interligam.

Dentre as concepções de saúde coexistentes, aponto a concepção mágico-religiosa, que atribuía uma relação entre o estado de saúde do paciente e o cometimento de um pecado ou de uma maldição, ao passo que a cura era atribuída à ação divina. Contraoendo-se a essa visão religiosa, Hipócrates (460-377 a.t.p.) defendeu o ponto de vista de que a doença tem causas naturais, baseando-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo e, assim, estabeleceu uma relação intrínseca do humano com a natureza, em que a doença poderia resultar do desequilíbrio entre ambos.

Já no século XVII, conforme aponta Barros (2002), apareceu o modelo biomédico, influenciado pelos grandes pensadores da época - Galileu, Newton e Descartes. Estes teorizadores - que se configuraram pioneiros na constituição da Ciência Moderna – concebiam a realidade como uma máquina, sendo formada por um conjunto de peças, estendendo essa compreensão para os seres humanos. Assim, dividem o corpo humano em partes, mais especificamente, em órgãos. Este

modelo expandiu-se e se fortaleceu com o início da Revolução Industrial – referência na configuração da Modernidade - que trouxe consigo diversas mudanças no modo de vida das pessoas, desde os grandes conglomerados urbanos, especificamente, das condições insalubres de trabalho e de moradia. Essa nova configuração do espaço urbano implicou expansão de doenças infectocontagiosas que precisavam ser contidas. Tal modelo biomédico de controle de doenças foi resolutivo para as condições apresentadas. De tal modo, é possível inferir que o primeiro momento do modelo biomédico centrava-se na doença; já depois, o foco incidiu na prevenção da doença, principalmente por meio do desenvolvimento de vacinas.

Em meados do século XX, aflora o que Albuquerque e Oliveira (2002) chamam de Segunda Revolução da Saúde, centrada no comportamento individual, na condição de etiologia da doença. O tratamento do germe - tão preconizado pela concepção biomédica em sua primeira fase e prevenção de doenças por meio das vacinas, proclamada em seu segundo momento - agora coexistem com a evidência de uma epidemia dita comportamental, em que se percebe que outros fatores interferem no adoecimento do ser humano, tais como: hábitos, estilo de vida, alterações demográficas, mudanças no estrato social, incremento tecnológico, consumo.

Foi na Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, realizada em setembro de 1978, que o conceito de saúde assumiu uma dimensão política. Assim, este evento enfatizou as “[...] desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos”. E mais: “[...] destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde”. (SCLIAR, 2007, p. 38).

Segundo esta perspectiva ampliada, a Organização Mundial de Saúde (OMS) circunscreve saúde como “[...] estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. É este um conceito amplo que percebe a pessoa em sua singularidade, mas também no meio em que vive. Este conceito, entretanto, é questionado por diversos estudiosos, por ser considerado inatingível, no contexto da civilização do capital a exigir uma revolução no padrão da vida social.

Influenciada por esta visão ampliada de saúde, a reforma sanitária brasileira “[...] centrou-se, originalmente, em dois conceitos: determinação social das

doenças e processo de trabalho em saúde”. (PAIM, 2007, p. 144, apud TEIXEIRA, 1985). Desse modo alargou as bases para compreensão da saúde como fenômeno social e histórico, buscando fundamento no pensamento de Marx.

Na perspectiva de circunscrever a concepção de saúde que permeia o imaginário dos sujeitos desta pesquisa, interpelei-os a respeito do entendimento que eles detinham a respeito da temática. São deveras significativos os depoimentos dos usuários da judicialização da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio:

Saúde é tudo. A pessoa sem saúde não é ninguém. Ter saúde é não sentir dor, é poder trabalhar, se divertir. Você pode não ter dinheiro, mas tendo saúde, tem tudo. (USUÁRIO 13).

Depois disso que aconteceu, acho que saúde é um bem estar, é você estar livre de dor. Se a gente sente qualquer incômodo, não tem saúde. Até uma dor de cabeça que incomoda a gente deve ser levada em consideração. (USUÁRIO 11).

Muito importante. Só em a gente poder fazer tudo, uma atividade; ficar parada é muito ruim. Pra onde a gente se vira tem dor; isso não é ter saúde. Tomo remédios todos os dias. Quem tem saúde vale ouro. Sem saúde você não é nada. (USUÁRIO 16).

Os depoimentos, ora reproduzidos, revelam uma concepção de saúde que, predominantemente se aproxima do modelo biomédico de saúde, como ausência de doença, significando “o não sentir dor”. São percebidos, no entanto, indícios de uma visão ampliada quando enfatizam o bem-estar e o poder viver o cotidiano. De fato, um segmento dos usuários deixa evidente a ideia de que saúde é estar sadio, sem doença e estar bem, em condições de viver o cotidiano. Nesta mesma linha, merecem destaque como depoimentos emblemáticos:

É a gente ter saúde, ser sadio, porque a gente doente não pode resolver nada. Eu não posso fazer nada, se cair uma coisa no chão vai ficar lá porque não posso andar, muito menor me abaixar. (USUÁRIO 12).

É a melhor coisa que existe. A gente não pode se mover, fazer nada. Só saio de casa se for de ônibus. A gente não consegue mais nada nos postos de saúde. (USUÁRIO 15).

Saúde é quando a pessoa pode fazer as coisas de sua casa, quando pode resolver seus problemas, quando não sente dor. (USUÁRIO 22).

É você ter condições de andar, falar, poder fazer suas próprias coisas sem precisar de outra pessoa, ter sua independência. Eu me considero uma pessoa sadia. Viver à base de remédio é não ter saúde. (USUÁRIO 30).

Percebo que os discursos, aqui destacados se referem ao momento vivenciado pelo recorrente da judicialização, quando estão acometidos de doenças que os impedem de viver o cotidiano, ou seja, retratam o adoecimento e as impossibilidades de desenvolver tarefas rotineiras.

Esta concepção de saúde como não doença ainda tem significativa penetração no imaginário social. Neste sentido, os estudos de Claudine Herzlich sobre as representações sociais da saúde – realizados em 1973 e trazidos por Albuquerque e Oliveira (2002) – abrem fecunda via de interpretação ao demarcar a categoria “reserva de saúde”:

A saúde é vista como um recurso ou um investimento em vez de um estado. Caracteriza-se por robustez ou força física e resistência a ataques externos, a estados de fadiga e de doença. A saúde é qualquer coisa que "possuímos" e que nos permite trabalhar e fazer a nossa vida e defender-nos contra a doença ou recuperar dela (Herzlich, 1973). É uma característica pessoal, pois a pessoa pode sentir ter mais ou menos desta "reserva" (ibidem). (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002)

No âmbito deste discurso de saúde como não doença, identifico usuários que enfatizam, como condição de saúde, a necessidade de equipamentos que possam atendê-los com qualidade, quando necessitarem. Vale destacar o fato de que esta exigência de estruturas na saúde, enfatizada por estes usuários, não significa apenas uma qualidade ligada somente à estrutura física ou de equipamentos, mas inclui, igualmente, o bom atendimento, fundado em relações humanizadas. Para estes usuários, por conseguinte, para ter saúde é necessário não haver doenças, mas também precisa de uma rede de assistência que compreenda a prevenção e o tratamento.

Pela situação em que eu vivo, saúde é tudo. Se não tem bom atendimento, não tem saúde. É preciso o respeito do governo com as pessoas que precisam de um posto médico, de um Hospital, e isso nós não estamos tendo. (USUÁRIO 24).

Eu acho que saúde são os Postos de Saúde. Se eles tivessem uma atenção maior, as pessoas não sofreriam com falta de atendimento. Acho tudo cabides eleitorais. (USUÁRIO 31).

Saúde é a pessoa que está sem doença e quando estiver doente e procurar um atendimento, ser bem atendido, sem esperar muito tempo. (USUÁRIO 01).

Estes discursos revelam que saúde vai além da ausência de doenças, mas necessita da prestação de serviços, ou seja, políticas públicas que possam ofertar serviços de qualidade e com agilidade para que a população possa usufruir. A oferta de serviços, o bom atendimento e o tempo de espera são fatores que concorrem para que as pessoas compreendam a saúde como além da ausência de doenças, enfatizando estes requisitos de um bom tratamento ou uma boa recuperação e atribuem essa oferta ao Governo, reconhecendo que a saúde é uma política pública.

Coexistindo com as concepções delineadas anteriormente, verifica-se na abordagem com os vários sujeitos – usuários, defensores públicos e gestores – uma visão de saúde mais ampliada, identificando nas emoções, nos comportamentos, na boa alimentação e no estilo de vida fatores que colaboram para a qualidade da saúde do ser humano, aproximando-se, assim, do conceito defendido pelo movimento de reforma sanitária, além de representar a significação de saúde como o equilíbrio, proposta em Herzlich (1973), exibida por Albuquerque e Oliveira (2002), quando assinala que

Refere-se, segundo Herzlich (1973), à noção de "saúde real" ou saúde no seu sentido mais elevado; transporta consigo a noção de bem-estar positivo ou "bem-estar ao mais alto nível". Um substracto de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal - do qual deriva um sentimento funcional de confiança, vigília, liberdade, energia e resistência (ibidem). (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002, p. 11)

Neste sentido, as falas dos usuários, gestores e defensores públicos revelam uma preocupação com o bem-estar, este compreendendo uma alimentação saudável, saneamento básico, equipamentos de saúde para atendimento da população, equilíbrio emocional e psicológico, inclusive espiritual, estilo de vida, higiene pessoal, dentre outros fatores. Efetivamente, então, é possível dividir dentre as falas dos sujeitos, conforme a compreensão ampliada do conceito de saúde, três percepções que se diferenciam, mas se complementam. A primeira delas percebe a saúde com bem-estar geral, que envolve as questões emocionais, psicológicas e espirituais como relevantes para a condição de ter saúde, referindo-se à qualidade de vida como pressuposto principal, como se confere nas afirmações a seguir:

É um estado de bem estar, não só físico, mas principalmente o emocional e, relevantemente, o espiritual. (GESTOR 1).

Olha, saúde, eu não tenho um conceito técnico, não, mas na minha concepção, está mais ligado a um bem estar, assim, emocional. Porque a gente atende aqui pacientes com tratamentos meramente paliativos para doenças terminais. Só que o meu objetivo para dar saúde para eles, já que eu não posso curá-los, é garantir que ele tenha aquele tratamento paliativo e que ele tenha um conforto naquele tempo de vida que ele tem e, para mim, eu já considero uma circunstância de saúde para os fins que eu atuo. Saúde, eu creio que, independente da longevidade, é a qualidade de vida e a paz que a pessoa possa sentir. (DEFENSOR 2).

É você ter, não só ausência da doença, mas bem estar, qualidade de vida, tanto física quanto emocional, de modo geral. Por exemplo, as vezes a pessoa não aparenta ter uma doença, mas é sedentário. (USUÁRIO 35).

Como leigo, porque não sou profissional da área da saúde, mas assim, eu compreendo saúde como um conjunto de ações que possam trazer bem estar, do ponto de vista físico, mental, psicológico. Para mim saúde é isso, é o equilíbrio da pessoa. (GESTOR 2)

De modo geral, estes discursos trazem uma preocupação com o bem-estar e com a qualidade de vida, em que o fator emocional/espiritual faz parte desse contexto que envolve a saúde e o adoecimento. Independente da função que exerce nesse ciclo de saúde que ora abordo (usuário que busca saúde; defensor que garante os meios legais para acessar o direito e gestor que organiza os serviços de saúde para acolher às demandas), a compreensão da saúde tem traços de semelhança quando entendida como qualidade de vida, aproximando-se da compreensão segundo a qual

Qualidade de vida não se esgota nas condições objetivas de que dispõe os indivíduos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira com que vive. Nessa concepção, a percepção sobre qualidade de vida é variável em relação a grupos ou sujeitos. (ALMEIDA, 2012, p. 19).

Ainda sob o enfoque do entendimento da saúde numa dimensão mais ampliada, os sujeitos se referem à saúde como bem-estar ancorado no desenvolvimento de políticas públicas que garantam melhorias nas condições de vida das pessoas, como saneamento básico, destino correto do lixo, equipamentos de saúde e prevenção de doenças, consoante se coteja nas compreensões a seguir retransmitidas.

Aqui no Brasil se tem muito essa questão da saúde de combater doença, mas tem também o aspecto preventivo que deveria ser principal. A pessoa estando com saúde, a prevenção é um fator que deve continuar para não adoecer. (GESTOR 2).

Eu sei é que o povo sofre muito. Os governos, os políticos não fazem nada. Acho o brasileiro muito imbecil, porque qualquer tapinha nas costas o povo cala a boca. O povo precisa se alimentar bem, ter água limpa, não ter lixo espalhado, posto de saúde com médico para atender o pessoal para não ficar numa fila de espera que não tem fim. (USUÁRIO 09).

Qualidade de vida, acesso a alimentação saudável, viver com mínimas condições de higiene, saneamento. É um conjunto de fatores que fazem com que seu organismo funcione bem, mas também precisa ter acesso a lugares que possam lhe amparar. (USUÁRIO 19).

Conforme essa concepção ampliada de saúde, é possível destacar aqueles que a compreendem não somente como ausência de doença, mas também ligada a um estilo de vida, dito saudável, que exige o desenvolvimento de práticas individuais para a garantia dessa qualidade de vida, práticas ligadas ao exercício físico, a alimentação saudável, a higiene pessoal, a busca pelo atendimento de saúde. Há, pois, uma exigência, uma responsabilização individualizada para a conquista da qualidade de vida que envolve hábitos, sobretudo aqueles considerados saudáveis.

É a coisa mais importante da vida da pessoa. Tem gente que não procura a saúde e morre cedo. Tem que cuidar da autoestima, da alimentação. (USUÁRIO 04).

É a pessoa se cuidar, fazer exercício. O meu problema de saúde mexeu muito com o meu psicológico, não tenho mais ânimo para sair. Saúde também é se alimentar bem. (USUÁRIO 06).

Saúde é estilo de vida. Tem que procurar melhorar sua saúde. A saúde do país está doente. Quando não se tem saúde é preciso ser tratado. É mais qualidade de vida mesmo. (USUÁRIO 28).

Não sentir dor, não sentir nada. Também é importante ter higiene, limpeza e sempre procurar o médico, mesmo que não sinta nada, pra ver como é que você está. (USUÁRIO 29).

Nestes discursos identifico o que Herzlich compreende como representação social da saúde, conforme as significações leigas, que se enquadra na categoria “Equilíbrio”.

Este equilíbrio é algo que podemos perder ou voltar a ganhar e, enquanto que a "reserva de saúde" se caracteriza por uma presença (de saúde), e a "saúde-no-vácuo" por uma ausência (de doença), o "equilíbrio" é contingente aos eventos do dia-a-dia. (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002, p. 11-12).

### **5.3 Saúde e Justiça: uma estreita relação em tempos contemporâneos**

Neste item, abordo as concepções de justiça e saúde, em suas relações, enfocando essa discussão na fala dos sujeitos, trazendo um debate no que se refere à compreensão da saúde como direito, da relação entre justiça e saúde e por que motivo os usuários que buscavam assistência à saúde foram procurar a Justiça como estratégia para resolver sua demanda.

Como visto em abordagens anteriores, a saúde, no Brasil, mudou de perspectiva de modelo no âmbito da reforma sanitária. Assim, passou de um padrão excludente e elitista em que as ações de saúde favoreciam prioritariamente os mais abastados, fortalecendo um modelo hospitalocêntrico, para um padrão que tem como pressuposto a justiça social, capaz de garantir acesso universal e igualitário a todos os cidadãos. Assim a saúde, em meio a diversas lutas e amplas discussões, foi efetivamente tratada como uma questão política, fundada em determinações sócio-históricas.

Nos anos de 1980, uma vez promulgada a Constituição Federal de 1988, a saúde foi inscrita como direito social, recaindo sobre o Estado a obrigação de garanti-la por meio de políticas econômicas e sociais, trazendo, como princípio básico, a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde, sejam elas no concerto da promoção, da proteção ou da recuperação.

O advento do Sistema Único de Saúde (SUS) encerra um conflito que permanece até os dias atuais, marcado pelo tensionamento entre a efetivação do princípio da universalidade e a alocação de recursos cada vez mais limitada, comprometendo a própria implementação do SUS, como política pública.

Em adição a esse debate da saúde como direito universal e igualitário, a Carta Magna de 1988 estabelece no art. 5º, inciso XXXV, o acesso dos cidadãos ao Poder Judiciário quando for entendido que o seu direito está sob ameaça ou lesão. De efeito, alguns mecanismos foram implementados ou expandidos com a finalidade de favorecer o acesso da população ao sistema judiciário, tais como: defensorias

públicas, promotorias de justiça, juizados especiais, dentre outros. O acesso à Justiça, entretanto, vai além da criação de estruturas que permitam as pessoas buscarem o Judiciário, mas envolve todos os poderes do Estado, como destaca Silva

O Legislativo, por exemplo, deve criar mecanismos modernos ou melhorar os que já existem, tornando-os mais eficientes e operantes, possibilitando, dessa feita, tanto o ingresso da população como a celeridade da justiça. O Executivo, por sua vez, deve garantir a efetivação das leis, legitimando, assim, o direito ao amplo acesso à justiça. Em relação ao Poder Judiciário, deve este possibilitar uma maior celeridade nos seus processos, bem como informar ao leigo em que se fundou sua decisão, facilitando a sua compreensão, passando dessa maneira, a sensação de que o Direito foi realmente bem aplicado, ou seja, que a Justiça foi feita. (2015).

Na tentativa de compreender a perspectiva dos sujeitos acerca da relação entre saúde e justiça, busquei respostas nos discursos dos usuários, defensores e gestores, público-alvo desta pesquisa. No primeiro momento, interpelei os sujeitos acerca de sua compreensão da saúde como direito e identifiquei o fato de que parte dos entrevistados, sobretudo os usuários, compreende a saúde como um direito prestacional, em razão do pagamento de impostos ao governo.

As pessoas pagam muito imposto e devem ter direito à saúde. Os governantes têm que investir melhor os recursos dos impostos na saúde, porque é o bem mais precioso que a pessoa possui. (USUÁRIO 01).

No momento em que a gente paga os impostos era para ter direitos a muitas coisas, inclusive saúde. (USUÁRIO 06).

Direito à saúde é quando a gente paga os impostos. É eles cumprirem com as consultas, os exames. O Brasil é o país que paga mais imposto para termos direito à saúde e não temos. (USUÁRIO 14).

Como se vê, há por parte dos usuários o reconhecimento da saúde como direito que deve ser implementado pelo Estado, por meio de investimento público em políticas públicas que tragam melhorias na qualidade de vida da população, inclusive incrementar o acesso destes aos serviços de saúde. O fundamento desta visão da saúde como direito pelos recorrentes ao Poder Judiciário é a exigência de um retorno social dos impostos pagos aos governos - os impostos a retornarem em investimento na saúde

De fato, para que uma política pública possa garantir aos cidadãos o desenvolvimento de ações, é necessário o devido investimento público, com recursos advindos de fontes diversas, inclusive do pagamento de tributos. O campo da saúde, historicamente, vem perdendo investimento por parte do Estado, principalmente por

meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU), apesar do esforço de militantes em vincular receitas que possam garantir o pleno funcionamento desta política pública, que tem como princípio fundamental a universalidade.

Ainda sobre o entendimento acerca do direito à saúde e sua vinculação com o pagamento de impostos, vê-se no relato abaixo um aspecto deveras importante, quando o usuário chama a atenção para questões que são pilares da saúde como direito social,

Direito à saúde, todos nós temos, até aqueles que não contribuem. É para ter para todos, como se fosse uma coisa simples. É um direito sagrado, mas as coisas caras em saúde são mais difíceis de conseguir. (USUÁRIO 11).

Neste relato, o respondente faz uma referência fundamental ao direito à saúde no tocante à sua universalidade e a não vinculação à contribuição prévia. Ressalta, no entanto, que há uma diferenciação entre o acesso a assistência com o uso de menos tecnologia, ou com tecnologia dita leve, daquela em que há a necessidade do uso de tecnologia havida como dura, com o uso de equipamentos com maior densidade tecnológica. Para este usuário, é mais fácil conseguir acesso a consultas, exames, do que a procedimentos e insumos de alto custo.

Essa observação condiz com a estrutura hospitalar expressa hoje no contexto brasileiro: os procedimentos de alto custo, em geral, são realizados em hospitais de nível terciário. Segundo estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), houve uma redução do número de leitos de 2010 a 2015 de quase 24 mil leitos de internação no Brasil.

Ao se referir à saúde como direito, os usuários trazem em seus depoimentos, de maneira frequente, a corrupção, e ligam este ato à má prestação dos serviços públicos destinados à população. Não é despropositada essa comparação, haja vista o fato de que são frequentes as denúncias de falta de recursos para o atendimento nas mais diversas políticas públicas, mormente a da saúde, aliada a prática de corrupção. Senão vejamos:

Vem dos governantes. Se não tivesse as roubalheiras, seria muito bom. Não chega nada para nós. Tomo um medicamento que sempre falta. Se a gente tivesse os direitos, tinha a medicação, era bem acompanhada. A saúde é falida. (USUÁRIO 17).

Não, não estamos tendo direito, porque se vamos buscar atendimento, às vezes é negado. Falta respeito com o próximo. Quando estou assistindo televisão, meço os olhos d'água e peço à Deus para não precisar desse atendimento. A gente paga imposto para isso. É para gente ter e ser bem atendido. Hoje, no Brasil, a corrupção é muito grande e impede que temos as melhoras que são necessárias. (USUÁRIO 20).

Nestes discursos, os participantes deste experimento fazem uma referência direta entre à falta de assistência, como direito à saúde, e os atos de corrupção, praticados por integrantes do governo, produzindo desassistência e desabastecimento de insumos que são necessários à manutenção da saúde dos cidadãos. Assim, atrelam duas questões: o pagamento de impostos que deveria ser alocado na melhoria da qualidade dos serviços públicos para atendimento das mais diversas demandas, e a corrupção, que retira dos cofres públicos, de maneira ilícita, os recursos que deveriam ser utilizados no desenvolvimento das políticas públicas, prejudicando a oferta dos serviços de saúde.

De maneira significativa, o entendimento acerca do direito à saúde passa pela oferta de serviços públicos, atendimento médico, disponibilização de medicamentos e insumos e realização de exames. Notadamente, a compreensão da saúde está atrelada às ações e serviços públicos destinados à população, pois, se não há a oferta desses serviços, o direito não existe, fica comprometido. Para este direito existir efetivamente, há a necessidade de ser atrelado às ações. Neste sentido, as falas de todos os sujeitos – usuários, defensores e gestores – assemelham-se em seu conteúdo, conforme agora discriminado:

Já vou pra uma concepção, assim, mais processual do negócio. Pra mim, direito à saúde é poder exigir que o Estado pratique os atos que deve para garantir o tratamento adequado. Então eu vejo a concepção no campo do direito à saúde menos abstrata, mais concreta, mais processual. É fazer valer o direito. Então é mais ligado ao que a gente chama de pretensão. A compreensão da saúde é algo mais abstrato e o direito à saúde é algo mais concreto. (DEFENSOR 2).

Ter direito à saúde é nós termos Hospitais com planejamento, bem estruturado, ter medicação, não precisar dormir nas filas para conseguir uma consulta, é fazer os exames necessários. (USUÁRIO 13).

Do lado público, é ter direito à saúde pública, é você precisar de um medicamento e ter no posto, é você precisar de um profissional e ter um

médico, uma enfermeira, é ter um atendente que lhe atenda bem, com respeito, como gente. (USUÁRIO 30).

De tal modo, não há como desvincular a compreensão da saúde - como visto no item anterior - do que as pessoas compreendem por direito à saúde. Quanto mais ampliado for o entendimento que se tem acerca da saúde, mais ampliado será a compreensão referente ao direito à saúde. Independentemente, porém, da compreensão de saúde que o sujeito tenha exibido, há o reconhecimento da saúde como direito, seja numa visão mais restrita ou mais ampliada.

Acompanhando esse alcance da saúde numa concepção mais ampliada, adito alguns discursos que também compreendem o direito à saúde além da assistência direta por meio dos seus equipamentos públicos:

Refere-se à dignidade do ser humano, do cidadão. É você ter moradia adequada, higiene, alimentação para que se possa ter uma saúde de qualidade e não só tratar doença. (GESTOR 1).

Do ponto de vista utópico, seria o Estado poder... Porque o direito à saúde ele é um fenômeno, ele é relacionado a outros fatores. A Constituição Federal assegura no texto a saúde, mas ela assegura também uma vida digna com acesso a moradia, transporte de qualidade, segurança, educação. Então, um cidadão que não tem segurança, que não tem uma moradia digna, que não tem um salário mínimo que possa compreender valor que possa lhe oferecer justamente isso (lazer, educação, cultura), essa pessoa, certamente vai padecer dentro de um problema, de um stresse, de uma angústia, de uma vida frustrada. Então, assim, o direito à saúde compreende um conjunto de ações pra que as pessoas possam ter acesso mínimo a determinados bens, não bens materiais, mas ações que possam te trazer bem estar, que possam lhe trazer saúde. Porque eu não tenho moradia, não tenho educação, não tenho cultura, não tenho lazer, uma hora a minha saúde vai estar comprometida.

Então, assim, o direito à saúde é um conjunto de ações que deveriam ser, ao menos em parte, prestadas pelo Estado, fornecidas pelo Estado para que a gente possa alcançar o que a Constituição Federal determina que é um direito à vida com dignidade, bem estar, felicidade. (GESTOR 2).

À luz destes relatos, é perceptível o modo como o conceito de saúde está intimamente imbricado com a compreensão que se tem de direito à saúde, vinculando outras dimensões do cotidiano, como moradia, educação, lazer, segurança. Esta

relação da saúde com outras políticas sociais reforça o próprio conceito de direito à saúde, proclamado na Constituição Federal de 1988, no artigo 196.

Neste sentido, os discursos dos usuários e dos defensores públicos se aproximam bem mais no tocante às necessidades diárias de acesso aos serviços e ações de saúde, à assistência médica, ao fornecimento de medicamento, à realização de exames. Já o discurso dos gestores traz uma concepção mais ampliada de saúde, atrelada ao direito à saúde, mais próxima do que a Carta Magna delineia acerca da saúde como direito social.

Assim como a compreensão de saúde está vinculada ao entendimento do direito à saúde, também o alcance que os sujeitos denotam da relação entre justiça e saúde está muito próximo. Os depoimentos que reproduzo a seguir são deveras representativos das concepções acerca da relação entre justiça e saúde. Por um lado, delineiam-se discursos que acreditam que esta relação – saúde e justiça - não deveria ser necessária, uma vez que a saúde já é um direito garantido constitucionalmente.

Não era para precisar a pessoa procurar a justiça, porque saúde já é uma obrigação do governo. Hoje, tudo que a gente precisa tem que procurar a justiça, porque o governo não está querendo mais cumprir o que está na lei. O problema é que agora, mesmo o Juiz determinando, o governo ainda não cumpre. (USUÁRIO 01).

Não era para ter isso: botar na Justiça essa coisa que você tem direito. Saúde é um direito de todos. (USUÁRIO 23).

Não deveríamos procurar a Justiça pra sermos atendidos, porque já é uma lei. Porque a gente tem que correr atrás. Eu era só mais um que estava ali, correndo atrás, tentando recuperar minha visão. Tem tudo a ver, mas não era para ter Justiça pra Saúde. (USUÁRIO 31).

Acho que não deveria ser necessário a Justiça entrar no âmbito da saúde, porque já temos nossos direitos. Saúde deveria ser prioridade, mas, mesmo com a Justiça, é difícil. (USUÁRIO 32).

O que está acontecendo é um descaso total com a saúde, com o povo e com o mundo. (USUÁRIO 33).

Quando eu posso pagar, nem espero, pago. Às vezes espero porque é o nosso direito e temos que ir atrás. (USUÁRIO 34).

Os discursos revelam que as pessoas procuram o sistema de justiça porque reconhecem-na saúde um direito, no entanto, assinalam que, por ser um

direito já garantido, não era para ser necessário recorrer à Justiça para efetivá-lo. Isto demonstra uma insatisfação, ao ter que procurar os meios legais para ter seus pleitos atendidos.

Além do reconhecimento da saúde como direito, os usuários também a reconhecem como obrigação do Estado, como garantidor e gestor de serviços que atendam à população em suas necessidades, e, por este motivo, sendo alvo do conflito entre cidadão e a garantia do direito à saúde.

Destarte, encontrei sujeitos que concordam com a atuação do Judiciário nas questões da saúde:

Procurei a Justiça para eles me darem a minha prótese, porque pelo SUS estava demorando demais. A Justiça existe para resolver os problemas que nós, o SUS e as outras pessoas não podem resolver e a Justiça resolve, principalmente pra resolver o problema das pessoas que não tem dinheiro. (USUÁRIO 16)

Eu acho que a Justiça fica nos extremos e tem que garantir o direito Constitucional à saúde. Naquele momento a justiça era o único meio, ainda que muito desacreditada. As pessoas sempre diziam que ia dar em nada. (USUÁRIO 19).

Na primeira reprodução de fala, é possível perceber que o usuário, além de concordar com a atuação do Poder Judiciário nas demandas da saúde, traz um ponto importante que é o público-alvo da Defensoria Pública da União, porquanto todos os usuários entrevistados recorreram à DPU, que é o fato da hipossuficiência<sup>58</sup>, ou seja, pessoas que não possuem poder aquisitivo para custear assistência jurídica particular. Nem todas os cidadãos têm direito de acessar a justiça por meio da Defensoria Pública da União; de fato, somente aqueles, cuja renda familiar não permita pagar as custas processuais, ou que a renda familiar esteja comprometida com a aquisição de insumos de alto custo, indispensáveis à manutenção da vida.

Na segunda fala há uma referência à justiça como o último recurso. Nesse contexto, o Judiciário é visto pelo cidadão como o único que pode resolver sua demanda, tornando-se a última esperança das pessoas de terem suas questões

---

<sup>58</sup> Informação extraída do site <http://www.dpu.def.br/saud> - Em regra, a Defensoria Pública da União presta assistência jurídica integral e gratuita às pessoas com renda familiar bruta que não ultrapasse o valor total de R\$ 2.000,00, conforme Resolução CSDPU nº134/2017. As exceções acima desse valor de referência, como o comprometimento de parte significativa da renda com medicamentos de alto custo, são avaliadas caso a caso pelo defensor público federal.

resolvidas. Nem sempre, todavia, o resultado da ação é o deferimento, e isso deixa os usuários sem maiores perspectivas de terem seus pleitos resolvidos, gerando certo descrédito em relação ao Poder Judiciário:

Os Juízes não estão nem aí para ninguém. Precisava eles sentirem na pele a dor que a gente passa. Porque a Justiça precisa ser rápida. (USUÁRIO 09).

A Justiça tá ruim e a saúde também. A Justiça não tá vendo bem os problemas das pessoas. É por isso que não está acontecendo nada com a gente. (USUÁRIO 10).

Os depoimentos revelam, da parte dos usuários, o sentimento de impunidade no que se refere à relação entre a justiça e o Estado, quando do indeferimento de seus pleitos. A Justiça, no entanto, vem se cercado de critérios para analisar os pedidos no âmbito da saúde, seguindo a Recomendação nº 31 do Supremo Tribunal Federal e, aqui no Ceará, está sendo auxiliada pelo Núcleo de Apoio Técnico (NAT).

Ainda que haja divergência entre os posicionamentos quanto à atuação do Poder Judiciário em relação à saúde, ambos concordam na ideia de que a saúde é um direito e que necessitam acessar os meios para requisitá-lo quando não é efetivado pelo poder público; e, reconhecem no Poder Judiciário esse espaço para reivindicar seus direitos. Identifico relatos, no entanto, em que os usuários compreendem haver uma hierarquia em relação aos poderes, principalmente entre o Executivo e o Judiciário, em que este tem o poder de mando.

É com a Justiça que a gente consegue algumas coisas. A gente tem que procurar lutar. As duas vezes que procurei a Justiça fui atendida. (USUÁRIO 18).

O Judiciário é o poder. Pela própria saúde jamais isso ia sair. Tive que recorrer à Justiça, ao poder, pra eles se interessarem pelo meu caso. Se fosse pra depender do Hospital, eu ainda não teria nenhuma solução. (USUÁRIO 20).

Eu acho que existe uma relação sim, porque eu não teria conseguido se não tivesse procurado a Defensoria. A Defensoria com seu poder, manda no Hospital. As vezes o Hospital não tem culpa porque o governo não manda o dinheiro suficiente. (USUÁRIO 24).

A relação é de reivindicação, porque através dela a gente tem mais recurso. A Justiça obriga o Poder Público a cumprir com os nossos direitos. (USUÁRIO 27).

Essa compreensão do usuário acerca do poder no concerto da justiça coincide com o que se chama de função precípua do Poder Judiciário, “[...] que consiste em subsumir a norma abstrata ao caso concreto para solução dos litígios postos, competindo ao juiz o poder-dever de interpretar as normas infra-constitucionais no sentido de que estas atendam ao máximo possível os direitos fundamentais da pessoa”<sup>59</sup>. O juiz é aquele, dentre os representantes dos poderes, que tem a função de fazer o direito acontecer, transcender do papel à prática e, por isso, a população acredita que há um poder subordinado ao outro, quando, na verdade, o Poder Judiciário está no exercício de sua função que é fazer valer o direito do cidadão.

No que se refere à função precípua do Poder Judiciário, há um fato na saúde que chama a atenção, principalmente em relação às medidas liminares para realização de procedimentos, uma vez que, apesar de a ordem judicial ser uma realidade constante, e não uma excepcionalidade, criou-se um fenômeno adverso, a “fila da justiça”, uma fila paralela à fila de espera, haja vista o grande número de pessoas que busca a Justiça como último recurso para resolver sua demanda. Assim, as ordens judiciais esbarram nas questões administrativas e financeiras (reserva do possível), trazendo para a discussão a eficácia das normas.

Aí é complicado. Quando a Justiça dá uma causa para a saúde, as vezes o administrador não tem como comprar. Quando chega no Hospital, não tem verba. O discurso é dizer que estão fazendo licitação. (USUÁRIO 04).

Não deveria, mas hoje em dia é o único recurso que as pessoas têm pra ter um atendimento mais rápido. Às vezes, até com a justiça o pessoal não aceita. É um recurso que as pessoas tem não só pra acelerar, mas pra conseguir um atendimento em saúde. (USUÁRIO 35).

O que se verifica é uma grande quantidade de ordens judiciais contemplando questões individuais semelhantes, gerando um acúmulo de pedidos, sem que o hospital consiga dar resolubilidade às referidas ordens judiciais dentro do tempo estabelecido. E, assim, é feita uma nova fila, paralela à administrativa,

---

<sup>59</sup> Ementa para citação: Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Disponível no site <https://trf4.jusbrasil.com/jurisprudencia/1188140/agravo-de-instrumento-ag-40443>.

organizada pelo hospital e, dessa forma, são inviabilizadas as demandas de pessoas que não recorrem ao Judiciário, invertendo toda uma lógica organizacional, induzindo as pessoas a recorrerem à Justiça como único meio de obter sua demanda resolvida.

Nesse contexto, o Judiciário é visto como o único que pode resolver os problemas, tornando-se a derradeira esperança dos cidadãos que necessitam de atendimento de saúde.

Porque eles ajudam. A Justiça serve como meio de dar os medicamentos. Em caso de negação ou omissão do Estado, cabe ao Poder Judiciário garantir, porque ele é o braço da lei, é a força do cidadão para garantir o acesso. (USUÁRIO 05).

Não era pra existir isso, não. Se existisse saúde, era pra ela cuidar da gente. A Justiça é o último apelo. Hoje em dia procuram a justiça porque é muita gente e a saúde não comporta. Se não aumentasse muito, todo mundo tinha plano de saúde. (USUÁRIO 34).

Em decorrência da falta de efetividade do Poder Público em garantir o desenvolvimento de políticas públicas que possam atender às necessidades dos cidadãos, estes buscam opções para terem suas demandas atendidas e recorrem à justiça. Esta, nesse contexto, é vista como a última instância que a pessoa irá buscar, de maneira que, não só no imaginário das pessoas, mas também na prática, o Poder Judiciário, em razão do ativismo judicial, intervém junto ao Poder Executivo na consecução de ações que garantam o direito à saúde da população. Suas ações concentram-se, no entanto, no âmbito individual, entre partes, o que dificulta e interfere diretamente na política de saúde, pensada para o atendimento de uma coletividade.

Na circunstância de precarização dos serviços de saúde, o acesso à saúde confunde-se com o acesso à Justiça, levando muitas pessoas a buscarem no Judiciário a garantia do direito à saúde pelos mais diversos motivos. A ampliação do sistema judiciário permitiu aos cidadãos maior acesso a mecanismos de reivindicação de direitos. Almejam todos é que o poder público implemente políticas públicas, sobretudo na área da saúde, capazes de atender às necessidades dos usuários, uma vez que é reconhecida como direito social fundamental, e sua execução, constitucionalmente é atribuída ao Estado.

#### 5.4 Judicialização no contexto da saúde: uma polêmica em aberto

A judicialização é um fenômeno típico do constitucionalismo. No Brasil, ele é registrado desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esta Carta Magna trouxe diversas inovações em termos de conteúdo e de abrangência de suas delimitações jurídicas, principalmente no que se refere aos direitos e garantias fundamentais. A rigor, a Constituição de 1988 garante um novo papel atribuído ao Poder Judiciário, com o fortalecimento do ativismo judicial, desde a possibilidade de interpretação da lei.

Este fenômeno ocorre nas mais diversas situações da vida das pessoas, uma vez que o Poder Judiciário, com a Constituição de 1988 “[...] ocupa espaços que antes pertenciam a relações privadas ou políticas entre diversos grupos sociais, substituindo a família, a Igreja e os fóruns de discussão política”. (NUNES JÚNIOR, 2008, p. 161).

No âmbito da saúde, como referido anteriormente, a judicialização foi inaugurada com as demandas de pessoas que viviam com HIV/AIDS para acesso a medicamentos e, então se expandiu para outras demandas típicas do setor saúde, tomando grandes proporções, tanto para o Judiciário quanto para a política de saúde. Este fenômeno é interpelado sob distintas perspectivas, gestando um conjunto de polêmicas. Assim sendo, cabe considerar o discurso de um Gestor do HUWC:

A judicialização, muitas vezes, fere o princípio da equidade e isto é consequência de uma deficiência de assessoria de saúde aos Juízes. Na verdade, todo mundo tem direito, mas nós que trabalhamos na saúde, precisamos utilizar de critérios quando se fala em salvar a vida de pessoas. Por exemplo, se eu só tenho uma vaga e tenho dois paciente, um de 40 anos e outro de 80 anos, ambos com leucemia, eu preciso priorizar aquele que, teoricamente, tem mais tempo de vida e mais chance de ficar curado, dessa forma, a vaga deveria ser para o paciente de 40 anos, mas aí eu recebo uma ordem judicial para o paciente de 80 anos, aí eu vou utilizar os recursos disponíveis para oferecer um tratamento que, na maioria das vezes, é paliativo e não curativo, tirando a chance do outro paciente ficar curado ou melhorado, com melhor qualidade de vida. (GESTOR 01).

Neste relato, fica evidenciado o fato de que a judicialização enseja um conflito em torno do princípio da equidade, previsto pela Carta Magna e pelo sistema

de saúde brasileiro, uma vez que, no setor saúde, há a necessidade da avaliação técnica para verificar, dentro das condições de saúde de cada paciente, aquele que necessita ser atendido primeiro. Ao que se vê, em saúde, o atendimento de demandas – judicializadas ou não - encarna expectativas diferentes entre gestores e usuários dos serviços. Tal fato pode bem ser exemplificado quando o gestor se refere ao atendimento de dois pacientes com leucemia e perfis etários diferentes, culminando com a escolha daquele que parece ter mais tempo de vida.

Na perspectiva de judicialização, quando o juiz avalia um processo, apesar de ele ter noção da política de saúde como um todo, incide o seu olhar em uma dada situação individual, singular. Logo, ele avalia individualmente aquele determinado caso e, ao avaliar, não considerando a situação de todos os pacientes naquela condição, emite decisão. A definição da ordem de atendimento, no contexto do hospital, é dada pelo profissional da saúde, com apoio em critérios definidos internamente na dinâmica regular de funcionamento da unidade. Quando uma medida liminar chega ao hospital, este precisa replanejar sua agenda de atendimento para acolher aquela ordem judicial. Os critérios para definir a prioridade na saúde são diferentes daqueles que se costuma usar cotidianamente, tais como: ordem de chegada e idade. Em unidade de saúde, tais critérios também são levados em consideração, mas o estado de saúde do paciente é o fator primordial na classificação e posição de atendimento. É sobre este aspecto que o Gestor 1 se refere, quando assentua que falta assessoria de profissional da saúde ao juiz. Vale ressaltar que, neste sentido, já existem iniciativas, principalmente com a criação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT).

O Gestor 2, em suas apreciações, discute a judicialização em saúde, com esteio na própria definição constitucional da saúde como um direito. Assim exprime:

A Constituição Federal assegura a todo cidadão o direito à saúde. A Constituição estabelece uma ordem programática, uma norma que não delimita o que é esse acesso ao direito à saúde. Então, hoje, em decorrência dessa lacuna legislativa, os gestores estão encontrando muita dificuldade para imprimir, balizar, limitar esse acesso à saúde. Em decorrência disso, o Judiciário tem feito interpretações extremamente extensivas acerca desse direito à saúde e vem interferindo nas Políticas Públicas em todos os setores, nos Hospitais, sobretudo no complexo hospitalar, porque, como já tinha dito,

isso interfere diretamente tanto no plano orçamentário, como na política de gestão desses Hospitais.

E prossegue, em sua avaliação, o Gestor 2:

[...]Porque a Constituição estabelece uma norma muito genérica, ela estabelece que todos têm direito a saúde, mas o que é esse direito à saúde, o que é que compreende esse direito à saúde. Então, hoje, é um tema que está extremamente em evidência, tanto por parte da agenda dos gestores, como também do Poder Judiciário.

Segundo a avaliação deste Gestor do HUWC, a Constituição de 1988 não é precisa quando assinala o direito à saúde, o que dá margem a interpretações por demais extensivas do Judiciário. Neste sentido, ele considera que se verifica um crescimento dos processos de judicialização, criando profundas dificuldades para os gestores. Entendo, na posição de pesquisadora, que esta apreciação do Gestor 2 parece retirar o foco da dimensão essencial: o fato não reside em imprecisões da Constituição e sim na não priorização de recursos para a saúde dentro da dinâmica do Estado Brasileiro, que privilegia o ajuste aos ditames do capital. Logo, no meu entendimento, o legislador deixou muito claro o que estava considerando quando inscreveu a saúde na área dos direitos sociais fundamentais. O Poder Público, entretanto, dominado pela política neoliberal, restritiva de direitos, não se organizou de sorte a privilegiar e prever situação de saúde de que a população necessita. A judicialização parece apontar nesta direção de recursos insuficientes para fazer valer o direito à saúde como um direito social, reconhecido já tardiamente no Brasil. De fato, muitos pedidos judiciais se referem a procedimentos, serviços e medicamentos, constantes nas listas do SUS, mas não realizados ou entregues continuamente, com certa regularidade com a justificativa de déficit orçamentário, formando as incalculáveis filas de espera, ensejando a judicialização.

Mencionado Gestor avança em sua argumentação, destacando o papel do Núcleo de Apoio técnico – NAT – atuando junto ao Judiciário.

Eu acho que o Poder Judiciário, hoje, com o NAT, ele tá tentando começar a entender o impacto que as decisões deles têm, no dia a dia do órgão público, seja do Estado, da União, eles estão se preocupando um pouco mais em avaliar. A saúde, toda a ação é muito sensível, o Juiz se depara com aquele problema, mas eu acho que hoje eles estão pensando em fazer parceria com os hospitais, médicos auxiliando Juízes. (GESTOR 02).

Cabe esclarecer que o NAT é uma das estratégias sugeridas na Recomendação nº 31 do Supremo Tribunal Federal para qualificar as demandas de saúde que chegam ao Judiciário. No Ceará, o NAT foi instalado em 22 de março de 2011, composto de representantes do Sistema de Justiça, Secretarias Estadual de Saúde e Municipal de Saúde de Fortaleza, Operadores de planos de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Conselho Regional de Medicina, Advocacia Geral da União e representantes dos usuários. Em 2016, o Hospital Universitário Walter Cantídio passou a compor o NAT, com o objetivo de “[...] subsidiar os magistrados com o máximo possível de informações técnicas para que as decisões judiciais no Ceará se tornem mais assertivas e justas”, conforme o discurso do Dr. Germano Marques, por ocasião da assinatura do termo para compor o NAT.

Em seu discurso, o Gestor 2 refere-se às influências da judicialização no contexto hospitalar, criando sérios problemas de gestão, em meio à precariedade de recursos:

[...]Uma decisão judicial ela impacta não somente a linha de atenção ambulatorial, como procedimento cirúrgico, na aquisição de insumos, na própria normatização e regulamentação de filas e procedimentos e um déficit orçamentário gigante, porque quando são realizadas por valores bem maiores e a gente não consegue equacionar essa relação de demandas judiciais que estão cada vez mais frequentes e, por outro lado, os recursos são limitados. Então os gestores, hoje, eles estão se deparando com essa realidade de muita dificuldade[...]. (GESTOR 02).

De fato, esta é uma questão decorrente da judicialização: os produtos médico-farmacêuticos, da indústria de próteses, para atendimento das ordens judiciais, não obedecem às mesmas cotações de preços obtidas por processos licitatórios ou similares. Em razão da urgência para o atendimento da medida, as aquisições necessárias nem sempre atendem a preços de mercado, ensejando um custo ainda maior e um déficit no orçamento da instituição, comprometendo a realização de outros serviços.

Há ainda uma visão diferente acerca da judicialização para gestores e defensores. Enquanto para os gestores a judicialização tem rebatimentos negativos no desenvolvimento da Política Pública de Saúde, para os defensores, a judicialização é um sintoma da democracia, umbilicalmente ligada à Constituição Federal de 1988 quando esta estabeleceu o acesso dos usuários ao Sistema de Justiça e aos Direitos

Sociais. Para este segmento, a judicialização está relacionada com o crescimento da Defensoria Pública da União nos últimos 15 anos:

[...] porque a judicialização de direitos está muito relacionada com o crescimento da Defensoria Pública nos últimos 10, 15 anos. O primeiro concurso público da Defensoria da União foi em 2001. Então você imagina o que era a judicialização da saúde há 15 anos atrás, era zero. Então o fenômeno da judicialização da saúde está intimamente ligado com o fenômeno do fortalecimento da Defensoria Pública e com o fortalecimento, portanto, do acesso à Justiça, de camadas sociais que antes não tinham acesso ao Judiciário. Qual é o advogado que vai entrar na Justiça pra acesso de um medicamento? É diferente de ações que contenham conteúdo econômico, como as ações previdenciárias, trabalhistas, que a pessoa vai receber o dinheiro e com isso paga o advogado. Esse tipo de ação é sem conteúdo econômico e para essas ações não existia. (DEFENSOR 01).

Conforme dados obtidos por meio do Mapa da Defensoria, estudo realizado em 2013 pela Associação Nacional dos Defensores Públicos e o IPEA, é possível visualizar o salto quantitativo de defensorias públicas da União por todos os estados da Federação. A rigor, tal aumento ocorreu, significativamente, nos anos de 1990 e 2000, quando foram criadas mais de 66% do total de defensorias.

Além de mencionarem o crescimento da Defensoria Pública, os defensores expõem uma preocupação acerca do sentimento dos usuários que necessitam recorrer à Justiça. Alegam que as pessoas passam por um constrangimento quando tem seu direito negado no âmbito da política de saúde e, por isso se sentem humilhadas, cansadas e a busca pelo Judiciário torna esse sofrimento ainda maior. É emblemática a fala do Defensor 1:

[...] É como eu digo, judicializar não é bom, as pessoas não judicializam porque elas acham bom, legal, pelo contrário, elas sentem-se humilhadas, é cansativo, a pessoa já está extremamente fragilizada, elas só vão mesmo porque é a última alternativa, porque não tem outra alternativa. Judicializa, aí o Estado deixa de cumprir, aí o medicamento deixa de ser administrado de forma correta, não é uma coisa agradável, não é uma coisa boa. As pessoas não fazem isso porque elas querem, é porque elas precisam mesmo[...].

Em verdade, o depoimento deste defensor é deveras interpelador ao circunscrever dimensões subjetivas dos sujeitos recorrentes à judicialização. Intrigou-me o fato de os sujeitos usuários não mencionarem, em nenhum momento das

entrevistas, dimensões da sua subjetividade na condição de usuário da saúde a buscar a judicialização.

Outro aspecto suscitado na fala do Defensor 1 é quanto à própria eficácia das ordens judiciais, no sentido do atendimento da demanda judicializada. Ressalta ele o fato de uma pessoa ter conseguido uma ordem judicial, garantindo a efetivação do direito à saúde, a sua execução não é garantida, passando por situação em que o Estado deixa de cumprir a ordem, alegando a falta de recursos financeiros, reforçando o discurso do princípio da “reserva do possível”.

Os relatos do Defensor 02 aproximam-se da visão do Gestor 2, ao questionar a própria Constituição de 1988 no reconhecimento do direito à saúde, acrescentando que o SUS “[...] é quase uma utopia institucionalizada na Constituição”.

Diz ele:

[...] O nosso SUS é maravilhoso, o regulamento do SUS é lindo. Eu tenho até dúvidas se ele será realizado um dia. Então, eu tenho dúvidas se aquele programa constitucional para uma saúde pública universal e gratuita é realizável. Eu acho que é quase uma utopia institucionalizada na Constituição, mas a gente corre atrás dela. Então, essa realidade da judicialização, esse fenômeno sociojurídico que acontece, me parece totalmente ligado a esse panorama que foi criado na Constituição.

Eu não sei, sinceramente, se os Constituintes, naquela época, imaginaram a dimensão que isso poderia levar. Eu acho um regramento maravilhoso. Eu sou entusiasta, eu sou fã do sistema público de saúde. Eu acho, inclusive, que ele seria melhor se fosse cada vez mais público, porque na medida em que você concorre com um sistema paralelo, privado de saúde, você fragiliza um pouco. Um exemplo: nós temos medicamento que a gente judicialmente tenta conseguir para essas pessoas que o SUS diz: não esse medicamento não pode ser fornecido, por uma série de razões. No entanto, o outro órgão público, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando regulando os planos de saúde diz que para aquela doença, a mesma, o plano de saúde que quiser funcionar tem que fornecer o remédio pra determinada doença, o mesmo remédio, a mesma doença, e para o SUS não seria o adequado. O que fica muito claro para mim é que há uma discriminação social para aquele grupo[...].

O grande diferencial da perspectiva do Defensor 2 em relação ao Gestor 2 é que este defensor mostra-se um entusiasta do SUS, considerando-o uma utopia que nos anima a “correr atrás”. A sua fala coloca em questão o sistema privado de saúde

em defesa da saúde pública. Ademais, chega a comentar a própria discriminação social dos segmentos sociais atendidos pelo SUS.

Deixa claro que a maneira como é gerenciado, faz do SUS uma política para miseráveis, para pessoas sem representação, e cita como exemplo para esta sua constatação o fato de existirem medicamentos que são indicados para certo tipo de doença que os planos de saúde são obrigados a fornecer, mas, para o SUS, não são indicados, ainda que baseados em pareceres técnicos. Diante de tal exemplificação, fica o questionamento: por que existe essa diferenciação entre o sistema público e o sistema privado? Essa diferenciação é mais um dos motivos que levam os cidadãos a buscarem a justiça para a solução do não atendimento a suas demandas?

Como pode ser visto, em depoimentos de determinados sujeitos, afirma-se a perspectiva de que a judicialização é um fenômeno próprio da democracia e que, no Brasil e na área da saúde, assume proporções que influenciam no desenvolvimento da política pública de saúde, necessitando que esta seja repensada, no sentido de garantir maior acesso dos usuários aos seus serviços.

Com efeito, compreendo que a judicialização não é um fenômeno que esteja próximo de acabar; muito pelo contrário, acredito que, com as restrições financeiras progressivas por que as políticas públicas passam neste governo emergente do Golpe de 2016, as pessoas terão ainda mais dificuldade para acessar seus direitos, recorrendo ao Judiciário para garanti-los.

É fato que as ordens judiciais têm influência na gestão das unidades de saúde e no próprio SUS, haja vista que existe uma programação para a execução dos serviços propostos no atendimento regular, o que pode interferir na continuidade das ações previstas. No Hospital das Clínicas, tal influência também é sentida quando ele recebe uma ordem judicial, interferindo diretamente no modo, no perfil dos usuários que serão atendidos, uma vez que algumas ordens que chegam são de pacientes que não são o perfil de usuários que se beneficiariam com o serviço ofertado. Eis a fala do Gestor 01:

Muitas vezes a gente tem uma programação e ela é alterada por receber paciente fora do perfil. As ordens judiciais geralmente são para idosos ou pacientes fora do perfil. Aqui nós somos um Hospital de Nível Terciário, mas

as ordens são para pacientes crônicos com indicação de tratamentos muito mais paliativos do que curativos.

Esse discurso suscita outro questionamento em relação aos pacientes crônicos, conforme o perfil indicado pelo referido Gestor: em qual unidade de saúde esses pacientes serão assistidos? São eles que estão fora do perfil da unidade de assistência à saúde ou não existe unidade de saúde que atenda seu perfil de usuário? Essas indagações não serão respondidas neste trabalho, mas servem para atentar para o dilema de pacientes com problemas crônicos e a deficiência de unidades de saúde que possam atender suas necessidades.

Outra ponto levantado pelos sujeitos desta pesquisa é quanto à autonomia do gestor em fazer sua programação e haver interferência de outro setor. A saúde trabalha com diversos critérios para organizar as demandas de atendimento: condição de saúde, idade, ordem de chegada. Os critérios utilizados para conferir a um usuário uma ordem judicial, entretanto, não são os mesmos aplicados na área da saúde, gerando um conflito entre a área técnica responsável e o Judiciário, como se vê na fala ora reproduzida do Gestor 02

(...)o Hospital conta com recursos limitados e esses recursos eles são destinados para atender uma gama de serviços que são ofertados pelo Hospital. A partir do momento em que alguma decisão judicial chega ao conhecimento, impondo, determinando que o Hospital realize determinado procedimento, então, a primeira falha que a gente constata é o seguinte: existe uma burla na ordem de prioridade que a administração pública estabeleceu para dar sequência a seus atos aqui dentro do Hospital. Então, existe uma estratégia de gestão e a partir do momento que surge uma decisão judicial, essa estratégia passa a ser comprometida por conta da ordem judicial. Então, isso gera impacto tanto na fila de procedimentos que estão sendo aguardados para serem realizados, assim como dificuldades de ordem orçamentária. Via de regra, toda decisão judicial impondo a realização de um procedimento cirúrgico, a aquisição de todo tipo de insumo para esse tipo de procedimento, ele é feito de forma muito mais alta a compra do que se obedecesse a um processo licitatório normal. Então, impacta tanto na questão da gestão, na composição de linhas de ação de estratégias de gestão, como também orçamentariamente.

Para melhor dimensionar o influxo dos processos de judicialização no âmbito das unidades de saúde, é fundamental considerar dimensões de sua dinâmica de funcionamento. O Hospital Universitário Walter Cantídio, assim como os demais se

utiliza de meios administrativos para organizar suas demandas, segundo uma previsão orçamentária. No setor saúde, tais expedientes de gestão dialogam com os critérios de saúde para atendimento dos usuários, de acordo com suas necessidades clínicas e perfil da unidade de saúde. Ao chegar uma ordem judicial essa programação é desconsiderada em seu efetivo cumprimento, influenciando no planejamento e desenvolvimento de ações futuras. Neste sentido, é preciso considerar o choque de direitos: o direito dos usuários que estão na fila regular de espera e o direito dos usuários que judicializam suas demandas. Esta é uma questão fundante a ser investigada.

No intuito de acolher as demandas judicializadas que chegam ao Hospital das Clínicas, os gestores apontam duas linhas internas de ação. A primeira diz respeito à qualificação das filas de espera, tornando-as públicas, transparentes, possíveis de acesso pela população em geral, de modo a garantir o acesso das pessoas à informação, acompanhando o andamento da fila. A segunda diz respeito à organização de um setor jurídico e técnico de apoio, que assessora a Superintendência, no sentido de melhor acolher a ordem judicial, analisá-la e encaminhá-la ao setor competente para o seu cumprimento, de maneira a produzir o menor influxo possível à gestão do Hospital. Merecem destaque as falas dos Gestores 1 e 2:

A gestão do Hospital tem trabalhado na qualificação das filas, na qualificação de pacientes conforme o perfil para publicização. O Núcleo Interno de Regulação recebe as ordens da Central Integrada de Regulação e aí temos que fazer uma reorganização de todo o planejamento. Por exemplo, a fila da ortopedia é praticamente toda judicial, gerando duas filas. (GESTOR 01).

Hoje, em decorrência do grande número de ações judiciais que chegam ao conhecimento dos gestores para dar cumprimento dessas ações judiciais, nós temos o setor jurídico que fica assessorando a gestão dentro dos Hospitais para dar encaminhamento e o cumprimento dessas ordens. Então, essas decisões chegam ao conhecimento do superintendente, o superintendente encaminha para o setor jurídico, e, a depender do procedimento, do teor da decisão judicial, a gente remete para a Gestão do Cuidado, Departamento Financeiro, ou até mesmo a gente chama os profissionais que estão envolvidos no procedimento que está estabelecido na decisão judicial para elas nos orientarem a cumprir aquilo que está na ordem judicial. Então nós temos hoje uma superintendência que conta com uma equipe de apoio, tão logo cheguem essas ordens judiciais seja disparado um

processo administrativo a ser remetido ao setor jurídico, o setor jurídico emite imediatamente algum tipo de encaminhamento para que seja dado cumprimento àquela decisão judicial. (GESTOR 02)

Os impactos decorrentes dos processos de judicialização no setor saúde, são grandes, indicando que novas estratégias precisam ser pensadas, de modo a continuar garantindo o acesso dos usuários tanto à saúde quanto ao sistema de justiça. Impõe-se para gestores ver como os choques das ordens judiciais não venham a interferir de modo significativo na maneira como a gestão se organiza.

Esse fenômeno da judicialização traz grandes repercussões na área da saúde, uma vez que esta obedece a uma programação. Não é fácil tomar decisões de atendimento, haja vista o fato de que se decide sobre a vida das pessoas. Para tanto, é imprescindível que ocorra um planejamento adequado a fim de se poder atender ao máximo as necessidades da população. Nesse sentido, a gestão da saúde precisa lançar mão de vários estudos epidemiológicos, de regulamentos técnicos, de protocolos técnicos, de critérios científicos. O que se tem visto, no entanto, é uma racionalização financeira cada vez maior para a implementação de ações, deixando a população desassistida e, de certo modo, induzindo a judicialização.

De efeito, há um interesse de atenuar ou mesmo reverter a judicialização na saúde, sem perder de vista o direito de acesso à justiça, por meio de medidas administrativas que possam melhor equalizar o atendimento das demandas com a oferta de serviços. Dentre as estratégias, é possível apontar a Audiência Pública nº 04, realizada por intermédio do Supremo Tribunal Federal que reuniu profissionais do Direito, da saúde e usuários para discutir esse fenômeno jurídico na saúde, o que culminou com a Recomendação nº 31. Além desse movimento, é possível registrar um incremento maior nas estratégias de mediação, provocadas pelo Judiciário e que se expressam inclusive no aumento do número de núcleos específicos para tratar da saúde nas defensorias.

Especificamente no Ceará, o Ministério Público Federal ingressou com três ações civis públicas: uma em torno das filas de cirurgias ortopédicas; a segunda em relação às demais cirurgias e a terceira se refere aos leitos de UTIs. Essas iniciativas conjuntas do poder público contribuem para qualificar o fenômeno da judicialização, atribuindo-lhe mais critérios técnicos. Ainda não se registra, no entanto, uma diminuição no seu quantitativo.

Assim como essas ações descritas anteriormente, encontro, nas falas dos gestores, outras estratégias que podem contribuir para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde e para reduzir a quantidade de pessoas que recorrem ao Judiciário para ter acesso a algum tipo de serviço, produto, insumo na área da saúde. Eis uma fala do Gestor 1:

Para atenuar ou, mesmo, reverter esse crescente aumento de demandas de judicialização, são necessárias algumas medidas administrativas:

- Assessoria no Judiciário por profissionais da saúde para que possa compreender melhor o perfil de quem está judicializando;
- Melhorar os processos de regulação;
- Melhorar a integração dos Hospitais;
- Otimizar os processos de internação, proporcionando a alta no período certo;
- Realizar Fóruns, Congressos integrados entre direito e saúde.

O discurso deste gestor revela que diversos são os aspectos a serem repensados para garantir que as pessoas tenham suas demandas acolhidas pelos entes públicos. Denota estratégias administrativas que perpassam o âmbito da organização dos serviços, no intuito da otimização para acolhimento das demandas. Outra questão importante que este Gestor traz é a integração entre saúde e justiça: primeiro, em relação à assessoria técnica e, segundo, com a realização de fóruns e congressos, mecanismos para discussão e aprimoramento. Desse modo, ressalta a importância de o Judiciário ter assessoria de profissionais da saúde para melhor qualificar as solicitações, de modo a garantir que as pessoas que realmente precisam, com maior urgência, sejam atendidas. Reconhece, pois, que o Judiciário não tem competência técnica para avaliar os pedidos de saúde que chegam, necessitando de colaboração técnica para melhor avaliar as solicitações e assegurar o direito daquele que mais necessita, influenciando minimamente, do ponto de vista negativo, nas ações já planejadas na área da saúde.

Na busca de opções, no entanto, também encontro um discurso restritivo do direito à saúde, atribuindo ao Legislativo a função de melhor equalizar os significados do direito à saúde. O discurso do Gestor 02 é emblemático na defesa desta perspectiva, exprimindo uma necessidade constante de mudança, alegando que o direito à saúde, na maneira como inscrito na Constituição vigente e na Lei Orgânica da Saúde, é muito abrangente, inviabilizando o Estado cumprir com suas garantias de

universalidade e de integralidade. Insiste na necessidade de que o legislador precisa rever esse direito, de modo a delimitá-lo, deixando claro quais ações e serviços que serão garantidos por lei, assim como o público que será assistido e, assim, o tornando seletivo, perdendo sua característica maior, que o fundamentou desde o início da reforma sanitária, que é o princípio da universalidade. Eis a fala:

Uma primeira estratégia, do ponto de vista normativo, seria o nosso Congresso Nacional balizar melhor o que seria esse direito à saúde. Por outro lado, a sociedade civil pode, e ela tem feito esse papel, que é por meio de audiências, por meio de reuniões. Os órgãos hoje de fiscalização, como o Ministério Público, Defensoria Pública, inclusive até com os gestores, com os Secretários de Estado e tudo mais, para que a gente possa, do ponto de vista administrativo, chegar a um consenso do que é esse direito à saúde, até onde o Estado pode entrar com esse direito à saúde, porque a partir do momento em que o Estado gasta, não sei nem quantos milhões com um único cidadão, são outras pessoas que vão deixar de ser contempladas com outras linhas de ação de cuidados em decorrência desse recurso destinado a uma só pessoa, que, muitas vezes, esses tratamentos que são fornecidos, dão uma expectativa de vida de 03 meses a mais. Isso são informações da área técnica, da área médica, mas não vai reverter o quadro daquela pessoa, e você gasta milhões de reais no tratamento daquela pessoa, para você postergar o sofrimento daquela pessoa, quando, na verdade, não vai resolver e se gasta muito dinheiro em torno desses tratamentos. Então são ações que podem surgir através da sociedade civil por meio de participação em audiências públicas, quando se trata de órgãos de controle com maior engajamento, envolvimento nessa matéria e quando o nosso Congresso legislar e balizar melhor o que seria e o que se compreende nesse direito à saúde. (GESTOR 02).

A fala do Gestor 02 coincide com o depoimento do atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, quando, conforme informações da Rede Brasil Atual, publicadas no dia 19 de janeiro de 2017, declara que “[...] em algum momento, o país não conseguirá mais sustentar os direitos que a Constituição garante – como o acesso universal à saúde – e que será preciso repensá-los”. Esse pensamento do Gestor maior da saúde reflete as ações que estão sendo implementadas recentemente com o corte de verbas para a saúde, modificação do quadro de médicos que devem atender nas unidades de pronto atendimento (UPAS), além de outras ações que restringem o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Apesar da proposta restritiva de direitos, o Gestor 02 chama a atenção para algo muito importante na área da saúde: suas ações são pensadas para a coletividade, para uma população, para um grupo de pessoas e, à medida em que as ações judiciais são pensadas individualmente, há um descompasso da política de saúde em relação à judicialização. Percebe-se é que o direito à saúde, em se tratando de usuários via justiça, está sendo conduzido de maneira individual, como uma questão entre duas partes. De fato, o resultado desse conflito irá atingir a coletividade, uma vez que a política de saúde é pensada e planejada com foco no coletivo. Durante a pesquisa documental realizada para elaboração deste trabalho, encontrei apenas uma ação de judicialização de saúde que foi proposta por uma Associação, visando a beneficiar uma coletividade. As demais diziam respeito, individualmente, a situação de cada usuário, em perspectiva individual.

Esse posicionamento de pensar a saúde e a judicialização de modo mais global, mas coletivo, também passa pelas sugestões dos defensores como estratégia para atenuar ou reverter o fenômeno da judicialização na política de saúde. São emblemáticos os comentários do Defensor 01:

A primeira coisa é tentar resolver isso de forma global, de forma coletiva. Para isso a gente precisa de uma boa vontade do Poder Judiciário querer resolver. A primeira coisa é criar Fóruns como esse do Comitê de Saúde para buscar alternativas extrajudiciais, mecanismos de empoderamento do Juiz, dos atores da Justiça em relação à Política Pública de Saúde. Ou melhor, os Juízes, os Promotores, os Defensores, tem que conhecer como funciona a política pública, saber dos reflexos de uma decisão judicial. Você não ser expert em tudo, mas tem que compreender a política. Então, para isso o Conselho Nacional de Justiça criou o Comitê de Saúde e ele exerce esse papel muito importante. Eu acho que é uma solução.

Nesse trecho do discurso, o Defensor 01 exhibe uma preocupação em pensar a maneira como atua o sistema de justiça, referindo-se à necessidade de assessoria técnica e da busca de informações por parte dos integrantes deste sistema acerca das políticas públicas e dos reflexos que seus posicionamentos trazem na consecução das políticas, uma vez que estas são pensadas para uma coletividade.

Outra proposta oferecida pelo Defensor 01 é a atualização constante da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), e da Tabela de

Procedimentos do SUS, a avaliação e a criação de protocolos para inclusão de medicamentos e procedimentos por parte dos estados, ou seja, soluções administrativas e gerenciais.

Segundo aspecto é tornar mais acessível a CONITEC. Tornar mais acessível a inclusão de procedimentos, cirurgias, medicamentos. Outra coisa também é os Estados avaliarem a criação de protocolos Estaduais de inclusão de medicamentos, porque, muitas vezes é tão judicializado um determinado medicamento, que vale mais a pena você comprar em quantidade para cair o preço pra você, do que você ficar comprando aqui judicializado. Às vezes o preço de um medicamento judicializado é 50% mais caro. Eu acho que é importante as Secretarias fazerem esse estudo de custo. Isso diminuiria muito a Judicialização. (DEFENSOR 01).

Eu acho que é, digamos assim, uma gestão da Política Pública de Saúde mais modernizada no sentido de participação, de interação com a comunidade médica e de interação com a sociedade em geral e mais ligada com o que vem ocorrendo no mundo. O que eu vejo é, tipo o Sistema de Saúde Brasileiro só tem no Brasil, no Canadá é um pouco semelhante e na Inglaterra. Na Inglaterra tem, mas ninguém compra nenhum comprimido fora do que é o "SUS". Beleza, na Inglaterra você não compra nada fora do sistema inglês, mas o sistema inglês tem quase tudo. Aquilo que tá fora é algo experimental. Por exemplo: lá no sistema inglês que eles se vangloriam de que é hermético, ninguém precisa pegar fora o Temodal, um remédio que é para câncer na cabeça. Todo oncologista para câncer na cabeça passa o Temodal, o remédio que até eu sei, que não sou médico. Pois bem, os caras aqui não dão, aí querem compara que é o tratamento adequado, aí lá no SUS passam uma dexametasona, um corticoide qualquer que, segundo um oncologista que eu consultei recentemente, o máximo que ele vai fazer e desinflamar o tumor. Então ele vai deixar o tumor mais saudável, não vai matar o tumor, não, ele vai cuidar do tumor. Então é assim, a gestão da Política Pública não evoluiu, vai ficar nessa[...]. (DEFENSOR 02).

Neste relato, o Defensor 02 justifica, por meio do exemplo comparativo entre o sistema público de saúde do Brasil e o da Inglaterra, a importância da atualização das listas de medicamentos e procedimentos, e como este fato pode interferir no fenômeno da judicialização, uma vez que, quanto mais serviços, procedimentos e insumos estiverem nas listas, mais acesso as pessoas poderão ter a eles. Apesar de essa solução não garantir a diminuição da procura dos usuários pela estratégia da judicialização, uma vez que, como já afirmado, grande parte das

ações ajuizadas é de serviços, procedimentos e medicamentos constantes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). O que acontece de diferente entre o SUS e os sistemas públicos de saúde de outros países é o investimento em ações de saúde de modo a garantir atendimento do maior número de pessoas e das mais diversificadas demandas, equiparando oferta e procura de serviços. No caso do Brasil, verifica-se que a quantidade de serviços ofertados é muito menor do que a procura, incidindo em longas filas de espera e na judicialização da saúde.

### **5.5. Razões da busca do Judiciário na luta pela saúde**

Em geral, as pessoas procuram o Poder Judiciário quando há um conflito, uma insatisfação, uma falta de concordância com algo. No caso específico deste estudo, este conflito se dá com o direito à saúde, com a falta de acesso aos serviços de saúde, ou com a precariedade dos serviços de saúde. Diversos são os motivos que levam as pessoas a procurarem este recurso jurídico para solucionarem seus conflitos. Neste sentido, é importante lembrar que a Constituição Federal de 1988, por meio do art. 5º inciso XXXV, torna o sistema de justiça acessível a todos os cidadãos. Em associação, tem-se o incremento que as legislações, ditas sociais tiveram no final dos anos de 1980 e sua incompatibilidade com a oferta de recursos financeiros para concretizá-las por meio das políticas públicas, aprofundando esse conflito entre acesso ao direito e a implementação das políticas públicas que fomentam a busca dos cidadãos pelo Sistema de Justiça como estratégia para garantir o direito.

Esse conflito acentua-se no terreno da saúde, principalmente desde os anos de 1990 e chega aos tribunais com as demandas dos pacientes com HIV/AIDS – tem-se o marco da judicialização da saúde no Brasil. Ao longo dos anos esse conflito é acentuado, desembocando na Justiça.

No tocante aos usuários do Hospital Universitário Walter Cantídio que precisaram recorrer à Justiça para ter acesso a um serviço de saúde, a questão mais marcante e que impulsionou esta busca, conforme relatos que serão apresentados, foi em decorrência da demora para acessarem o serviço necessário para recuperação

da saúde. A maioria dos usuários se referiu à demora como motivo principal para procurarem a justiça, e informaram que, antes de entrar na justiça, aguardaram por tempo considerado excessivo em fila de espera, alguns permanecendo por aproximadamente dois anos, chegando a esperar por até dez anos para fazer uma das cirurgias necessárias.

Procurei a Justiça porque não aguentava mais esperar. Antes de fazer a cirurgia eu passava de 05 dias numa cama sentindo dor, sem poder me levantar. Fiquei na fila de espera uns 10 anos para fazer a cirurgia. Foi um período de muito sofrimento. (USUÁRIO 07).

Eu entrei na justiça porque demora muito. Há anos faço tratamento e até hoje não consegui fazer a cirurgia. Sinto muita dificuldade pra andar, muitas dores e achei que entrando na justiça isso seria resolvido logo. (USUÁRIO 10).

Eu procurei a Justiça porque estava demorando demais. Desde quando o médico disse que eu precisava fazer a cirurgia, em 2011, entrei na fila de espera e fiz a primeira perna no mesmo ano, só que até agora não fiz a segunda, foi aí que em 2015 eu coloquei na Justiça. (USUÁRIO 28).

Esse tempo excessivo de demora, sem que o poder público ofereça opções de solução para os que aguardam na fila de espera, é determinante para que os cidadãos recorram à justiça para questionar seu direito à saúde.

Nos discursos, é possível ver que a demora pelo procedimento vem acompanhada de intenso sofrimento causado pelas dores, pela dificuldade para deambular, para realizar as atividades da vida cotidiana, interferindo na dinâmica social dos usuários. Sintomas expressos por quem espera de modo excessivo por atendimento. A demora no atendimento e seu sofrimento, também são apontados em Rocha (2015) no Editorial da Revista **Radis**, n.159, quando assinala que “[...] há filas que asseguram, outras que limitam o acesso. E a falta de acesso é uma situação desesperadora para as pessoas, porque interfere em seu cotidiano e pode levar ao agravamento de enfermidades e risco de morte”.

Nos estudos realizados por mim, não foi identificada legislação ou recomendação que indique um tempo mínimo de espera em fila para aguardar pela realização de procedimento. Considero uma falha no sistema de regulação e nas normas que o regem, por não estabelecerem um período que seja exequível para a resolução das demandas ao sistema público de saúde.

Além da demora, a falta de informações acerca do andamento da fila também foi um fator importante relatado pelos recorrentes da judicialização. Os usuários alegam que não conseguiam saber como estava a fila e se ela estava andando, conforme relatos abaixo:

O motivo foi a demora, passei mais de 03 anos na fila e ninguém sabia dizer nada, só que eu estava na fila. (USÁRIO 32).

O principal motivo é a demora porque a fila de espera é muito longa e soubemos que algumas pessoas estavam aguardando há mais de 05 anos e ainda não haviam conseguido realizar a cirurgia e como eu estava sentindo muitas dores, resolvi entrar na Justiça. (USUÁRIO 11).

(...)No caso de leito de UTI tem Juiz que diz sou contra porque tem que respeitar a fila, mas não tem fila, é igual à ortopédica, de cirurgia ortopédica. Não, não vou dar a favor porque tem uma fila, se eu der vai pular a fila, mas não tem fila, a fila não anda, ela não funciona. É diferente do transplante, por exemplo, eu nunca pego aqui um caso de transplante, zero, nunca chegou aqui um caso de transplante, da pessoa dizer que está em décimo e querer fazer logo o transplante. Porque a fila funciona, porque a política pública funciona, ele vê que tá andando. Agora a ortopédica não anda. O Juiz tem que entender isso aí. Ele acha que tem uma fila, mas ela fila anda, essa fila funciona? (DEFENSOR 01).

Conforme apontado nos discursos, os cidadãos não conseguem obter informações oficiais acerca do seu lugar na fila de espera e ficam sabendo de informações por meio do relato de outros usuários dos serviços. Verifica-se, é que a percepção comum, entre usuários e defensores, é que a fila é estática, parada. Não se consegue visualizar os cidadãos tendo acesso aos serviços demandados, ensejando insatisfação e insegurança quanto ao andamento da fila de espera. O relato do Defensor 01, no entanto, traz um exemplo de fila que tem resolubilidade e transparência - a fila dos transplantes, demonstrando que estes fatores, resolubilidade e transparência, contribuem para que não sejam geradas demandas judicializadas para os casos de transplantes.

A falta de informação acerca do andamento da fila era sentida não só pelos usuários, mas também pelo sistema de justiça. Com o intuito de tornar a fila de espera mais transparente, o Ministério Público Federal impetrou uma ação civil pública que culminou com a regularização da fila de espera da ortopedia no Ceará que hoje é

pública, sendo possível consultá-la por meio do telefone 3452 5845, ensejando mais transparência para toda a sociedade.

No que se refere à demora no atendimento, verifico que há a interferência de fatores administrativos e gerenciais que contribuem para intensificá-la, tais como: aquisição do material necessário ao atendimento da demanda, conforme se constata nos discursos dos usuários:

Procurei a justiça porque o médico disse que falta tudo, que se eu não fosse, minha cirurgia nunca ia sair e os residentes só tem como treinar se tiver cirurgia. (USUÁRIO 09).

Fui procurar a Justiça porque o médico disse que a gente entrasse na Justiça, porque o Hospital não tinha o material e ia demorar muito. Como eu necessito muito voltar a andar, fui na Defensoria e dei entrada. (USUÁRIO 12).

Estes relatos demonstram que as questões administrativas afetam a realização de procedimentos, acarretando na demora e na falta de segurança por parte dos profissionais e dos usuários em saber se haverá uma solução para o problema da falta de insumos, incidindo no grande número de orientações dos profissionais de saúde para que os usuários busquem o Judiciário. Nesta pesquisa, dos 35 entrevistados, 20 afirmaram que procuraram a justiça após orientação do médico do Hospital Universitário Walter Cantídio, e outros cinco alegaram que foram orientados pela Ouvidoria do referido Hospital, representando 71,43% das orientações feitas via institucional. Nestas circunstâncias, revela-se que não existem mecanismos administrativos internos para resolução de conflitos; se existem, eles não foram revelados nas falas dos usuários, nem mesmo dos gestores.

Outro problema identificado com a demora no atendimento foi o agravamento da situação de saúde dos usuários recorrentes da judicialização, conforme evidenciado nos relatos abaixo:

Eu procurei a Justiça porque estava demorando muito. Passei bem 02 anos na fila e nada de sair. Precisava da cirurgia com urgência porque o tumor estava grande, apertando a minha visão. (USUÁRIO 23).

Tive que entrar na Justiça porque fiquei 03 meses sem receber os medicamentos e piorei muito. Eles custam caro. O Spiriva custava R\$ 298,00 cada caixa e o Alênia custava R\$ 98,00. Fiquei devendo no cartão por um bom tempo. Tive que comprar alguns, mas não tinha condições de comprar todos os meses. (USUÁRIO 24).

Esta realidade vivida pelos usuários do Hospital Universitário Walter Cantídio reflete as constatações de Sant’ana e Freitas Filho (2017), quando assinalam que “[...] essa demora no atendimento muitas vezes impõe aos pacientes graves consequências, como meses ou anos de sofrimento, dor, dúvidas, incapacidade laboral, dificuldades de locomoção, uso excessivo de analgésicos, entre outras decorrentes da excessiva espera por atendimento”. Conforme visto nos discursos.

Essa compreensão da demora como fator primordial para motivar a busca pelo Judiciário por parte dos usuários corrobora com a constatação de pesquisa realizada pelo IPEA e analisada nos estudos de Sant’ana e Freitas Filho (2017) quando apontam,

Estudo do IPEA aponta que a principal preocupação dos usuários do SUS é a falta de médicos. Esse temor foi apontado por 57,9% dos seus usuários. Em seguida, vem a preocupação com a demora no atendimento nas unidades de saúde (hospitais e centros), que foi apontada por 35,9% dos entrevistados. Em terceiro lugar está a preocupação com o tempo de espera para obter acesso a consultas, opção apontada por 34,9% dos usuários. É plausível se argumentar que a preocupação com a falta de médicos revela exatamente o desejo dos pacientes com a redução do tempo de espera. Logo, se somadas as demandas acima expostas, o estudo do IPEA revela que a grande insatisfação do usuário do SUS não é a falta de prestação de serviços ou sua qualidade, mas sim a *demora no atendimento*. Isso sugere que o problema é a falta mesma do serviço previsto nas políticas públicas de saúde. Demora, espera e falta de médicos impedem o atendimento. A qualificação do serviço de saúde, se é bom ou ruim, é condicionada pela sua própria existência, o que em grande medida, não ocorre no SUS. (P. 73)

Para os gestores, apesar de também fazerem referência à demora como fator importante para a busca dos usuários pelo Judiciário, os motivos que levam à judicialização são inerentes ao próprio sistema de saúde e são multicausais. Para o Gestor 1, os usuários recorrem à justiça pela dificuldade de operacionalização do sistema de saúde e suas redes de atenção, produzindo uma grande demanda para o nível terciário. Também destaca o pouco investimento na saúde e sua diminuição gradativa, que atinge diretamente a oferta de serviços. Concomitante a essas duas situações, enfatiza sobre a carência de leitos nos hospitais públicos, o que dificulta severamente o acesso dos usuários aos serviços do SUS, sobretudo a internações, sejam elas mais comuns, como de pacientes mais graves, que necessitam de leitos de UTI. Eis o relato,

Os níveis secundário e terciário estão superlotados por uma grande demanda devido a uma desorganização dos serviços, ou por falta de opção. Outro fator importante são as más condições que a saúde tem hoje, com pouco investimento e cada vez diminuindo mais. Também podemos destacar a

deficiência na atenção primária que leva as pessoas a ficarem em uma situação mais grave em relação à doença que não consegue ser identificada ou tratada em sua fase inicial e aí as pessoas recorrem à judicialização devido a essa desorganização e por orientações indevidas, má orientações por profissionais da saúde. Mas é evidente que também temos uma carência de leitos. (GESTOR 01).

A superlotação dos hospitais públicos é tema tratado inclusive pelo Tribunal de Contas da União, que, em relatório de fiscalização realizado em 2013, aponta que, no Brasil, foi observado, de 2000 a 2010, houve redução em 5% do número de internações, havendo variação entre as regiões do Brasil, e que o Nordeste a região mais prejudicada com essa redução. Esse fenômeno implica severamente no quantitativo de oferta de serviços para a população, gerando as superlotações nos hospitais públicos. De acordo com pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 71% da população brasileira utilizam exclusivamente o SUS, no entanto, quando se refere ao número de internações, verifica-se que os planos de saúde privados, que atendem a cerca de 25% da população, tiveram um número mais expressivo de internações por 1.000 habitantes do que o serviço público, sendo responsáveis por 137, enquanto o SUS realizou 75,8 internações para cada 1.000 habitantes. Essa é uma realidade que atormenta quem procura o SUS.

Cabe destacar uma realidade cada vez mais frequente, enfatizada na fala do Gestor 1: a precariedade de atendimento nos postos de saúde, principal unidade da atenção primária. São frequentes os noticiários que denunciam a falta de médicos, de medicamentos e insumos nos postos de saúde. Essa desassistência pode acarretar no agravamento dos problemas de saúde da população, necessitando ser atendido em níveis mais complexos de atenção à saúde para resolver suas demandas.

Já para o Gestor 2, os usuários buscam o recurso pela via judicial porque a Constituição Federal de 1988 não delimitou o direito à saúde, deixou muito vasto o campo de interpretação, e recomenda que o referido direito precisa ser regulamentado para que todos venham a saber a que ele se refere. Não obstante, ressalta que a amplidão do direito à saúde contrapõe-se à questão orçamentária que é destinada à saúde, gerando um cálculo que nunca terá resultado positivo, haja vista que as demandas são sempre maiores e diversificadas do que o orçamento destinado à pasta

da saúde, gerando uma conta que nunca fecha. Adota, ainda, postura de questionamento do direito social que foi conferido ao cidadão pela Carta Constitucional de 1988. Denota uma reflexão importante acerca da eficácia das ordens judiciais, uma vez que estas produziram uma segunda fila de espera e os prazos estabelecidos pelos juízes não estão sendo cumpridos porque há a fila da ordem judicial, ou seja, o Hospital não tem como cumprir todas as ordens nos tempos determinados pela justiça, porquanto estas já estabeleceram outra ordem de prioridade. Vejamos o discurso do referido Gestor,

É justamente o sistema que precisa ter melhor alterações, ser aperfeiçoado. Falta uma regulamentação específica para balizar o que é esse direito à saúde. O que é que a Constituição quis dizer com isso: você tem direito à saúde? Porque de um lado a gente tem o cidadão que tem direito de recorrer ao Estado e solicitar essa assistência à sua saúde, ao seu bem estar e do outro lado a gente tem limitações do ponto de vista orçamentário. Existe um hiato entre esses dois direitos, vamos dizer assim e aí a gente não sabe ao certo até onde vai esse exercício do direito ao cidadão. O Sistema apresenta falas em decorrência da própria máquina da administração pública, das limitações e isso faz com que o cidadão recorra ao Judiciário.

A demora é decorrência de um sistema que tem falhas, é tanto que hoje nós já temos uma segunda fila que é a das ações judiciais. O Juiz às vezes determina que seja realizado determinado procedimento num prazo de 48 horas, mas já tem outros aguardando. Um risco dessa situação, é as decisões judiciais perderem a sua eficácia e aí esse é um processo que a gente não sabe as consequências disso. (GESTOR 02).

No que se refere à implementação das filas<sup>60</sup>, parto da compreensão de que estas, são estratégias para organização dos serviços, sendo necessário o estabelecimento de critérios para o atendimento dos usuários, não só do sistema público, mas em qualquer tipo de sistema, de modo a garantir o acesso dos cidadãos dentro de um tempo exequível, que não comprometa o agravamento da situação de saúde atual do usuário. Desse modo, as filas devem servir como termômetro para o planejamento das políticas públicas, uma vez que pressupõem uma organização dos serviços, devendo gerar na população um sentimento de segurança e transparência. Não é o que acontece atualmente, todavia, com as filas de espera, uma vez que não

---

<sup>60</sup> Sobre as filas de espera ver Revista *Radis*, edição 159 de 2015.

estão garantindo, de maneira eficaz, o acesso dos cidadãos ao sistema de saúde, gerando insegurança e insatisfação quanto à espera pelo atendimento.

No que se refere aos defensores públicos, estes exprimem outra concepção, que não é divergente das demais, apenas as complementa. Trazem o discurso da ineficácia do serviço público, a falta de organização das instituições no sentido de ampliar a oferta de serviços públicos para o atendimento de demandas, e chamam a atenção o fato de que a maioria dos processos que as pessoas buscam resolver por meio da justiça é de serviços, procedimentos e insumos que estão nas listas do SUS. Não se trata, portanto, de usuários que estão recorrendo a tratamentos excepcionais, mas de tratamentos já ofertados nas listas do SUS. Afirma o Defensor 1:

O que leva as pessoas a recorrerem ao Judiciário é a pressa, a ineficácia do serviço público de saúde, como eu falei, o maior número de ações é de medicamentos, cirurgias que estão na lista do SUS que eram pra ser fornecidos. Não são medicamentos excepcionais, ou coisas do tipo.

Outra questão é que pra você incorporar um medicamento no SUS, você tem que passar pela CONITEC, que é um órgão que analisa isso, um órgão relativamente recente, mas antes não tinha. Então, um determinado medicamento tem que passar pela CONITEC para entrar na lista do SUS, existem casos que os medicamentos são recusados ou que nunca foram analisados, aí as pessoas têm que entrar na justiça pra ter acesso. Existem medicamentos que nunca foram analisados pela CONITEC, é um procedimento difícil de acessar. Por exemplo, você só pode protocolar um pedido para incluir na lista do SUS de forma física, no papel, não existe um sistema virtual em que você protocole um pedido na CONITEC. A Sociedade Brasileira de Oncologia protocolou agora, nesse ano, o primeiro pedido de incorporação de medicamento. Pra você ver, é uma sociedade de médicos que entendem, só pra você ver a dificuldade para acessar isso. A maior parte desses pedidos são feitos por laboratórios e às vezes o laboratório não pede porque não tem interesse de que o medicamento seja incluído na lista do SUS e esse é um dos problemas também. Uma das pessoas que podem pedir são os próprios entes públicos, por exemplo, um determinado Estado que está tendo um gasto com um determinado medicamento, ele podia pedir. Porque ele não pede? Alguns Estados já vêm pedindo, mas ainda é muito pouco. A própria União, o Governo Federal, pode pedir também e nunca faz. Essa é outra questão, o acesso à CONITEC. (DEFENSOR PÚBLICO 01).

Esse discurso reforça a falta de organização do poder público, que compromete a garantia dos direitos dos usuários. Além de chamar a atenção para a ineficácia do Serviço Público de Saúde, o Defensor ressalta o papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que, segundo informações do *site* da referida Comissão, foi criada em 2011 por meio da Lei nº 12.401, cujo objetivo é “[...] assessorar o Ministério da Saúde – MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT”; uma Comissão que foi criada para assegurar “[...] agilidade, transparência e eficiência na análise dos processos de incorporação de tecnologias”, mas que, em virtude de um trâmite burocrático ou da falta de interesse das organizações, sejam elas públicas ou privadas, compromete a incorporação de novas tecnologias, fato que também contribui para que os cidadãos busquem o Judiciário como alternativa.

Essa inoperância por parte da CONITEC, ressaltada no discurso do Defensor 1, de certa maneira, esclarece o motivo da demora para o acesso dos usuários a determinados medicamentos e procedimentos. O Defensor 2 destaca, em seu discurso, quatro aspectos: o primeiro está relacionado com o tipo de judicialização desenvolvida na Defensoria Pública; o segundo, refere-se à atuação da CONITEC; o terceiro, cuida da falta de mecanismos administrativos para dirimir os conflitos gerados por demandas de saúde; e o último ressalta os custos com a judicialização, conforme aponta no relato:

Sinceramente, é a impotência diante do poder público. A judicialização que eu trato aqui contigo é mais especificamente paciente, sistema público, com poder público, porque existe um campo da judicialização de tratamento de saúde bem amplo que é a relação dos clientes consumidores com os planos de saúde, só que isso é onde a gente não atua, porque são instituições privadas e aqui a gente trata apenas do âmbito Federal – então a relação SUS/Paciente/Hospital Universitário/Paciente. Então, nessa minha vertente, eu acho que eles procuram a judicialização porque não tem outros mecanismos administrativos disponíveis. Por exemplo: sobre a incorporação de um novo medicamento, tem editais publicando, tem procedimento no âmbito da CONITEC no SUS, então assim, formalmente, é tudo maravilhoso, como se tivesse participação, mas na prática o que é que acontece, a comunidade médica participa pouco, grupos de paciente não tem voz ativa

nenhuma. Então não há um canal de comunicação e o cidadão só consegue fazer valer seu direito ou reclamar aquele direito numa posição ali de paridade dentro de um processo judicial. Então, aquele cara que tá lá, paciente, precisa de um determinado tratamento que não é oferecido, ele não tem nenhum mecanismo administrativo. É o não e pronto. Aí ele tem mecanismos, digamos assim, paralegais, por meio de jeitinhos, de pressões políticas, de amizades com políticos, aquela solução não republicana que no desespero o cara faz; e tem a solução legal que é fazer exigir aquele direito dele no campo adequado pra ele solucionar esse conflito, que eles dizem: eu tenho esse direito, o SUS diz: você não tem, que é o processo, que é o campo para travar essa batalha. Então assim, eu acho que eles procuram a Justiça porque não tem caminho alternativo, não se apresentam caminhos alternativos, aí ele recorre sempre ao Judiciário, é a última palavra. É bom ter essa garantia, é bom ter a Defensoria, é bom ter a Justiça mandando garantir o direito, mas essa falta de funcionamento regular no âmbito administrativo é complicado, porque dentro da judicialização a gente faz muita Justiça, mas eventualmente tem muito equívoco, porque nós somos profissionais do direito tratando da saúde do povo e a gente erra. Então, assim, de repente, uma decisão judicial vai além do que deveria ir, prejudicando uma política pública de saúde mais global. Então, assim, essa paralisia administrativa leva o podo para a justiça e a justiça, embora seja o campo adequado para essa briga entre fulano e o provedor do tratamento de saúde, ela não é o campo adequado para a Política Pública de Saúde ser implementada. É um problema que leva a um outro problema. Havendo uma ação programática, talvez os bilhões que eles gastam com demandas judicializadas desse para todo mundo, porque além dos custos do processo, tem o custo de pessoal, tem o Defensor, tem o Juiz, tem o Procurador Federal, tem uma série de pessoas envolvidas e tudo isso é um custo para o Estado Brasileiro, de alguma maneira, além do remédio sair mais caro para uma política pública mal implementada, ineficiente. (DEFENSOR PÚBLICO 02).

O Defensor 2 sinaliza o fato de que a judicialização da saúde existe também no campo dos serviços privados de saúde. A Defensoria Pública, entretanto, atua somente no âmbito da defesa dos direitos da saúde pública e, no caso da DPU, atua na esfera federal. Neste sentido, justifica-se o grande número de ações judiciais advindas da Defensoria Pública da União, questionando os serviços de saúde executados no Hospital Universitário Walter Cantídio.

No que se refere à CONITEC, denota uma realidade deveras intrigante: uma legislação atual, criada para regulamentar os processos de incorporação de

medicamentos e procedimentos ao SUS, e a pouca participação daqueles que, ao meu ver, deveriam ser os mais interessados - a comunidade médica e os pacientes - por meio de suas representações. De fato, esta é uma realidade que suscita um estudo mais aprofundado.

Ainda em seu discurso, o Defensor 2 reforça a ineficácia do serviço público aliada ao que chama de “paralisia administrativa” – quando o usuário não encontra meios administrativos alternativos que possam resolver sua demanda. Para este Defensor, a falta de vias administrativas é o principal motivo que leva os cidadãos a recorrerem à Justiça e que, neste momento em que recorrem ao Judiciário, apresentam-se em linha de igualdade com o poder público. Exemplifica, no entanto, que, esta mesma falta de organização administrativa também permite que as pessoas procurem meios alternativos para terem seus pleitos atendidos e, desse modo, buscam a ajuda de terceiros, amigos, funcionários, dentre outros meios ditos “não republicanos”. Também chama a atenção para a noção que, por mais que a justiça seja o caminho certo para reclamar o direito, seja ele o da saúde ou outro qualquer, essa não deve ser uma prática recorrente, por dois motivos: primeiro, porque existem os erros que o Judiciário comete ao analisar os processos; segundo, porque a Justiça não deve ser o âmbito de implementação de políticas públicas e, neste sentido, chama a atenção acerca da separação de poderes.

Ao refletir acerca dos custos da judicialização para a máquina estatal, enfatiza que não se pode contabilizar somente o custo do serviço ou insumo que foi demandado, mas toda uma rede que foi mobilizada para viabilizar aquele processo desde sua petição inicial até sua conclusão, independentemente de haver ou não o deferimento do pedido. Ressalta que, além dos custos financeiros, há todo um desgaste emocional e social por parte dos cidadãos que necessitam que sua demanda seja acolhida.

Como já referido, os discursos dos sujeitos desta pesquisa, em relação aos motivos pelos quais os usuários recorrem ao sistema judiciário, como fonte para garantia dos seus direitos à saúde materializados na política pública de saúde, não são divergentes, mas se complementam. O foco reside na organização da política de saúde consubstanciada no SUS. Assim, para os usuários, essa falta de organização reflete na demora na realização de procedimentos, na entrega de medicamentos e de outros procedimentos e serviços. Para os gestores, essa falta de organização reflete-

se na prestação dos serviços à população nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) com o agravamento da situação de saúde das pessoas, além da questão orçamentária que é sempre menor do que a demanda. Já para os defensores, essa falta de organização é o retrato da ineficácia do serviço público, que não exprime os meios administrativos alternativos para resolução das demandas, refletindo na questão inicial tratada pelos usuários, que é a demora, incidindo na judicialização da saúde.

Esta conjunção de problemas, delineada no discurso dos usuários, consubstanciada na pelora pelo atendimento à saúde está alinhada com os estudos de Sant'ana e Freitas Filho quando anotam:

Os conflitos decorrentes da insatisfação do usuário do SUS com o tempo de espera por atendimento há anos encontra eco no sistema de justiça. São inúmeras e comuns as ações para obter acesso a serviços de saúde disponíveis, mas com extenso tempo de espera por atendimento. (2017, p. 74).

## **5.6. Atuação do Poder Judiciário nos processos de judicialização da saúde**

Para iniciar os trabalhos atinentes à atuação do Poder Judiciário nos processos de judicialização da saúde, torna-se necessário esclarecer ao leitor que esta poderá ter dois enfoques. O primeiro está relacionado ao ativismo judicial, que pode ser compreendido como “[...] a participação mais abrangente e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins Constitucionais”. (POLI e HANZAN, 2013, p. 22). Em segundo lugar, está seu oposto, “[...] a auto-contenção judicial, conduta pela qual o Judiciário procura reduzir sua interferência nas ações dos outros Poderes” (IDEM, p. 23).

Quanto mais geral for a norma, mais caberá ao Juiz sua interpretação à luz da Constituição Federal de 1988 e sua atuação “[...] ganha complexidade e importância, passando a usufruir de grande abertura e mobilidade, permitindo-lhe a construção de uma solução que absorva o conteúdo principiológico de todo o sistema jurídico” (IDEM, p. 24).

A judicialização da saúde representa, claramente, o ativismo judicial, aliada à ineficácia das políticas públicas que, a cada ano, são alvo de desmontes

arquitetados e intensificados com base no fortalecimento da implementação da política neoliberal no Brasil. Não é fato recente, entretanto, o desmonte por que a política pública de saúde passa, principalmente com a redução significativa de recursos financeiros, necessários à sua implementação, ao que somado ao inadequado planejamento de ações, em meio a dois projetos políticos em constante disputa – o privatista e o sanitarista.

A atuação do Poder Judiciário na saúde, está intimamente ligada a dois aspectos previstos na norma Constitucional: a separação dos poderes e o acesso dos cidadãos ao sistema de justiça, associado à garantia do direito fundamental à saúde previsto no artigo 196, que assim exprime: “[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Quanto a atuação do Poder Judiciário nas demandas referentes à saúde, no que se refere aos sujeitos desta pesquisa, percebo que há no grupo de usuários percepções que se denotam divergentes quanto à necessidade de recorrer à justiça para pleitear uma demanda de saúde. Enquanto para parte dos usuários a intervenção do Judiciário não deveria existir porque o direito à saúde já é Lei e o Estado deveria garantir mediante políticas públicas; para outra parcela, esse ativismo judicial é necessário para garantir que o Estado cumpra seu dever Constitucional. Malgrado, porém, adotarem atitudes divergentes quanto à necessidade de atuação do Poder Judiciário nas demandas de saúde, ambos a reconhecem como direito.

No que se refere a uma posição que concorde com atuação do Poder Judiciário nas demandas da saúde, mostro os seguintes discursos dos usuários:

Não posso dizer nada contra a Justiça, porque não foi a primeira vez que alguém da minha família conseguiu algum atendimento na saúde por meio da Justiça. As pessoas que não conseguem têm que recorrer. Eu sei que, muitas vezes, o Hospital tem as coisas e não quer dar, fica guardando e, por isso, as pessoas tem que procurar a Justiça. Antigamente as pessoas não entravam na Justiça porque não sabiam o que era saúde. (USUÁRIO 04).

Na capital, eu acho mais fácil. No interior é mais carente. A forma de entrar na Justiça deveria ser mais fácil. Acho que o Poder Judiciário deve interferir nas políticas públicas, porque se ficar só por conta do governo fica à revelia,

inclusive faz parte das atribuições do Ministério Público e acho que essa atuação tem que ser intensificada. (USUÁRIO 11).

Antes, as pessoas não procuravam porque não sabiam. Hoje as pessoas já conhecem melhor seus direitos, que são negados, aí tem que ir para a Justiça. Acho correta essa atuação porque, como os nossos direitos são negados, a Justiça obriga a trabalharem direito. (USUÁRIO 23).

Em tais relatos, é perceptível os usuários acreditarem que o Poder Judiciário deve interferir na execução de uma política pública quando os direitos estão sendo negados, neste caso, pelo Estado, depositando na atuação do Judiciário o campo correto para dirimir o conflito entre o cidadão que busca o direito e o Estado que nega. Fazem ainda uma referência em relação ao conhecimento que as pessoas têm hoje no atinente aos direitos garantidos constitucionalmente, referindo que, antes, as pessoas não procuravam a justiça porque desconheciam seus direitos. Até a Constituição Federal de 1988, entretanto, os direitos sociais ainda não estavam devidamente inscritos, tampouco assegurados constitucionalmente. Além disso, o acesso dos cidadãos ao Judiciário era restrito e a própria atuação deste Poder estava mais voltada para a autocontenção do que de ativismo judicial. Esse contexto de acesso à justiça e aos direitos sociais só se materializou após a implementação da Carta Magna e suas garantias.

Em relação ao acesso, o discurso do usuário 26 é emblemático e representativo do perfil dos usuários que recorrem à Defensoria Pública da União:

Importante, porque a Justiça contribui com o necessitado, com quem não tem poder aquisitivo, quem não tem quem o defenda.

Conforme explicitado anteriormente, o público-alvo da Defensoria Pública da União é de pessoas com poucos recursos financeiros, sem condições de custear as despesas com um processo judicial.

Ainda fazendo referência aos discursos que consideram favorável a atuação do Poder Judiciário nas demandas de saúde, encontro reforço da fala dos Defensores Públicos, quando proclamam que a judicialização foi um grande avanço, natural da democracia e de um sistema de direitos sociais previstos constitucionalmente. Assim delinea o Defensor 1:

Eu acho que foi um avanço muito grande a possibilidade de judicializar direitos fundamentais no Brasil. Natural que hajam excessos, sempre vai

haver excessos e esses excessos devem servir pra gente aperfeiçoar o sistema de judicialização, o sistema judicial. Eu acho que o Conselho Nacional de Justiça tem um papel fundamental nisso para dar um padrão. É coisa simples, né, um laudo padronizado, para que você possa padronizar; ter uma equipe de médicos pra que você possa consultar sobre determinado medicamento. O Juiz não é uma pessoa clarividente, que detenha todo o saber, pelo contrário, ele precisa desse serviço, desse suporte interdisciplinar. Então, é importante e o CNJ tem feito isso através do Comitê de Saúde que é um órgão que foi criado justamente a partir desse fenômeno e a Defensoria faz parte do Comitê de Saúde. É um órgão que congrega um colegiado, congrega todos esses atores que envolvem a questão da judicialização que é: Juiz, Secretaria de Saúde, usuários, Hospitais. É uma experiência muito importante. Eu acho que o Judiciário tem que se inteirar, que os Juízes tem que entender da questão de saúde. Não adianta achar que eu sou contra ou eu sou a favor da judicialização. A judicialização ela é uma realidade. Você pode até ser contra ou a favor, mas quem diz que ela é possível é a Constituição. A Constituição Federal do Brasil diz que o cidadão pode ir à Justiça obter um determinado tratamento de saúde. O acesso à Justiça, você não pode ser contra isso, a Constituição assegura. (DEFENSOR 01)

O Defensor 1 ressalta que o fenômeno da judicialização é importante meio para garantir os direitos dos cidadãos, apesar de reconhecer que, por vezes, a justiça comete excessos em relação às suas decisões, repercutindo nas ações do Poder Executivo. Como estratégia para diminuir os excessos cometidos pelo Poder Judiciário, destaca a atuação do Comitê de Saúde e da necessidade do estabelecimento de algumas outras ações que possam contribuir para fundamentar e apoiar as decisões dos juízes, ressaltando a importância de esses magistrados conhecerem, de modo mais abrangente, aspectos relacionados à saúde e, não somente, o direito à saúde. É, pois, o caso de concordar ou não com a judicialização, mas de que a saúde é um direito reconhecido constitucionalmente e que, por este motivo, pode ser reivindicado judicialmente quando o usuário se achar prejudicado.

A judicialização da saúde é um fenômeno que toma grandes proporções nos últimos anos, o que levou o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a se posicionar quanto ao assunto. Efetivamente, é possível apontar três acontecimentos que marcam esse posicionamento do CNJ ante o tema: primeiro, a Audiência Pública nº 04, convocada pelo então presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministro Gilmar

Mendes, que ouviu 50 especialistas, entre eles “[...] advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde”, nos dias 27, 28 e 29 de abril, e, 4, 6 e 7 de maio de 2009; em segundo, a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, gerada na audiência Pública nº 04, que “[...] recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar mais eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”; e, por último a Resolução nº 107, de abril de 2010, que instituiu o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Esses documentos demonstram a preocupação do Judiciário com o fenômeno da judicialização e seus influxos na política pública de saúde, assim como a interferência do Judiciário no Executivo. Esses instrumentos legais buscam, antes de mais nada, assegurar o acesso dos cidadãos a assistência à saúde como direito.

Ainda no âmbito daqueles que consideram satisfatória a busca pelo Judiciário para resolver questões de saúde, reproduzo o relato do Defensor 02, que aponta uma particularidade. Ele destaca que a judicialização atende a fins individuais e não coletivos e que, apesar de ser satisfatória, interfere na dinâmica do planejamento da política de saúde. Ressalta, todavia, que, mediante a ineficácia do poder público, o Judiciário surge nesta circunstância como resolutivo para estas causas. Eis o relato do Defensor 2:

Olha, eu acho que é satisfatório, mas para os fins individuais para quem busca o tratamento, é satisfatório, é a salvaguarda. Como eu te disse, eles não têm outro caminho a seguir. Mas para a Política Pública de Saúde é um perigo porque lá não é o campo correto para se decidir sobre Política Pública, mas é lá que acaba sendo feito, porque os caras não fazem, aí a gente faz, porque também a gente não vai ficar parado. (DEFENSOR 02).

Em seu discurso, o Defensor 2 ressalta que o Judiciário, por meio de suas decisões, interfere na execução de políticas públicas, o que não deveria acontecer, porquanto são cabíveis ao Poder Executivo o planejamento e a execução de políticas públicas. As políticas públicas, todavia, em sua maioria, representam a materialização de direitos sociais, que podem ser questionados judicialmente. Efetivamente, enquanto as políticas públicas não forem implementadas de modo a garantir plenamente os direitos dos cidadãos, a judicialização será inevitável.

Dentre os usuários, há aqueles que discordam da necessidade de atuação do Poder Judiciário para resolver querelas inerentes à saúde, consubstanciado nos relatos a seguir:

É uma coisa que não era pra ser preciso. Acho que era pra ser desnecessário. Era para o Hospital resolver e não precisar ir para a Justiça. Eu nem sabia que a Justiça era pra essas coisas. (USUÁRIO 08).

Acho muito errado. Eles não dão esse conforto para as pessoas doentes. Hoje a gente procura pela Justiça, mas acho que se no Hospital vissem direito o problema da gente, evitava de irmos para a Justiça. (USUÁRIO 10).

Não era pra existir, porque isso já é direito. Mas não, agora tenho que procurar o Poder Judiciário pra pedir pra ser atendido na doença mais grave. Não tem mais prioridade, ou melhor, foi invertida, as pessoas mais novas são atendidas mais rápido, porque tem mais chance de viver. (USUÁRIO 14).

Como resta evidente, estes usuários reconhecem a saúde como direito e apontam neste fato o motivo de não ser necessário entrar na Justiça, pois já é obrigação do Poder Público implementar ações que assegurem o direito. Esses discursos também chamam a atenção para a falta de resolução extrajudicial para o conflito, pois alegam que não identificaram no próprio Hospital outros caminhos que evitassem a via judicial, fomentando a busca dos cidadãos pelo sistema judiciário como via primordial para resolução do conflito.

Neste último discurso, o usuário 14 levanta uma questão que ainda não é bem compreendida entre as pessoas que buscam os serviços de saúde: a avaliação do risco do paciente e a prioridade. Na saúde, eles têm representação diferenciada e influenciam no atendimento do paciente. Quando a demanda de um paciente chega a um serviço de saúde, seja presencial, como nas emergências, ou virtual, como na regulação, torna-se necessário verificar as condições de saúde do paciente avaliar seu risco e as chances de cura para, então, priorizar. Os critérios de priorização por idade também são levados em consideração, porém aliados à condição de risco.

Dentre os usuários que discordam da interferência do Poder Judiciário na Política de Saúde, destacam-se aqueles que, embora discordem, a consideram necessária para garantir o direito de acesso à saúde,

Acho que não é correto, mas se a gente não entrar na justiça pra conseguir as coisas, tudo fica ainda mais difícil. (USUÁRIO 09).

Acho que não deveria haver isso. Era para ser direito e pronto. As pessoas só procuram a justiça porque encontram dificuldade para ter acesso à saúde. Dessa forma, hoje em dia, é importante a atuação do Poder Judiciário. (USUÁRIO 13).

Não era pra necessitar disso. A saúde é um direito de todos. Já entrei na Justiça porque tive um direito negado. Antes as pessoas não conheciam seus direitos, mas agora a gente sabe. (USUÁRIO 17)

Estes discursos revelam que, nos dias atuais, impõe-se necessária a busca pelo Judiciário, porque os cidadãos não conseguem que seu direito seja efetivado com a execução das políticas públicas. De efeito, expressam, ainda que em discordância, o fenômeno da judicialização. Neste sentido, a negativa do direito é o ponto central da busca dos usuários pelo Judiciário, independentemente da compreensão que tenham acerca da atuação dessa Força. Reconhecem, pois, a saúde, como direito que pode ser reivindicado judicialmente.

## **5.7 Percurso dos sujeitos nos processos de judicialização**

O direito à saúde é garantido constitucionalmente e seu acesso deve ser viabilizado por meio de ações programáticas do Estado, responsável por organizar os serviços de modo a garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Há distintas estratégias de organização para garantir o acesso aos serviços de saúde, dentre as quais, a descentralização. Esta é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde e pode ser desenvolvida por meio de vários expedientes administrativos e organizacionais, destacando-se a regulação dos serviços de saúde que, segundo Mendes (2002), apud CONASS (2007), consiste em que

A regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população (2007, p. 25).

Neste sentido, a regulação é uma estratégia para organizar os serviços de modo a garantir o acesso da população, principalmente, a regulação assistencial<sup>61</sup> e a do acesso<sup>62</sup>. Ela é que estabelecem os caminhos que os cidadãos deverão seguir para ter acesso aos serviços de saúde necessários para a recuperar ou conservar sua saúde.

No Estado do Ceará, funciona a Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), que utiliza o Sistema chamado UNISUS web. Conforme informações do *site* da Secretaria de Saúde do Ceará, este Sistema está implantado nas 184 secretarias municipais de saúde do Ceará, devendo funcionar de maneira integrada. Ainda consoante informações do *site*, o usuário deve percorrer o seguinte caminho para obter acesso ao serviço de saúde adequado à sua necessidade:

O paciente, após atendimento médico, procura a unidade de marcação de seu município com a GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO.

A solicitação é inserida no Sistema UNISUS e o atendimento é marcado escolhendo uma cota específica (ou seja, um horário de atendimento) dentre os horários e profissionais disponíveis, gerando um BOLETO DE MARCAÇÃO. Este Boleto é entregue ao paciente contendo o estabelecimento, profissional e horário do atendimento, apurado com o mínimo de 3 e máximo de 25 dias de antecedência.

Quando não existem cotas disponíveis, no município, para o procedimento a solicitação é encaminhado para a FILA DE ESPERA AMBULATORIAL, que é visualizada pela Micro e Macrorregião correspondente [...]

O MÓDULO HOSPITALAR está implantado nas UNIDADES DE REFERÊNCIAS HOSPITALARES de todo o Estado. Nele são cadastrados os pacientes que precisam ser internados ou transferidos. Estes estabelecimentos de saúde hospitalares podem registrar todos os processos de internação e alta de pacientes, visando o acompanhamento efetivo da disponibilidade de leitos para recebimento de transferências hospitalares de referência. [...]

Este percurso prevê que a população tenha acesso aos serviços de saúde com a maior brevidade possível, e nos locais mais apropriados para resolver suas demandas, conforme o critério clínico devidamente estabelecido e informado por meio da Central de Regulação.

O município de Fortaleza possui a própria Central de Regulação. Neste, o início do percurso deve acontecer por meio do atendimento nos postos de saúde, cuja

---

<sup>61</sup> **Regulação assistencial:** definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais, com base nas evidências, assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta conforme as necessidades de saúde da população. (CONASS, 2011, p. 23)

<sup>62</sup> **Regulação do acesso:** estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime. (CONASS, 2011, p. 23)

avaliação clínica é realizada por profissional médico e, caso o paciente necessite de consultas ou exames especializados, procura, na própria unidade de saúde, o setor responsável para inserir sua solicitação na Central de Marcação de Consultas e Exames Complementares que, em geral, são realizadas em hospitais de maior complexidade. Neste sentido, caso o paciente, durante o atendimento ambulatorial ou realização de exame, ou mesmo no decurso da consulta no posto de saúde, necessitar de uma internação, sua solicitação será inserida na Central de Internamentos e ele ficará aguardando vaga. Se a necessidade for urgente, será acionada a Central de Regulação das Urgências por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Como se vê, há o desenho do caminho a ser percorrido pelos usuários dos serviços do SUS para o seu atendimento de maneira integral e universal. Verifica-se, todavia, é que a oferta de serviços é sempre inferior à demanda, alimentando as temidas filas de espera de que tanto a população se queixa.

Desse modo, quando da realização deste ensaio acadêmico, conforme relatos dos usuários, percebo que o posto de saúde, de fato, é o primeiro local onde os usuários exprimem suas demandas, obedecendo ao fluxo proposto pela regulação. Desde o momento, porém, em que há indicação de serem avaliados por um especialista e que vão para a fila de espera, esse caminho torna-se cada vez mais longo e, é desde então, que os cidadãos, muitas vezes, buscam outros recursos para terem as demandas atendidas, como: consultas e exames particulares; procuram o auxílio de amigos que têm acesso a algum especialista, demandam funcionários dos hospitais para facilitar o acesso e o próprio Judiciário, conforme se pode verificar nesses discursos:

Fui para o Posto de Saúde, fiquei na fila de espera, mas como eu sabia que custava muito, fiz uma consulta particular, até porque eu não estava mais aguentando. Quando saiu a consulta do Posto, já tinha feito a consulta particular e os exames, mas continuei no Posto porque para conseguir a cirurgia pelo SUS, só sendo encaminhado pelo Posto. Continuei na fila e continuei aguardando. No ano passado fiz a cirurgia, mas ainda não resolveu meu problema. (USUÁRIO 06).

Primeiro eu fui ao Posto de Saúde, lá o médico disse que meu problema deveria ser artrose, mas esse problema não é tratado no Posto, aí me deu um encaminhamento, botei na fila de espera, mas é muito difícil conseguir

uma consulta aqui (referia-se ao HUWC), foi que falei com uma amiga minha que trabalha aqui e ela conseguiu. Depois que consegui a consulta, fiquei vindo várias vezes, mas nada de resolver. Eu vinha, o médico passava exames e mais exames, até que um dia ele disse que o meu problema só seria resolvido com uma cirurgia pra colocar prótese e que esse material eu só conseguia se procurasse a justiça, porque aqui no Hospital nunca tem. Depois da orientação dele, peguei o papel e fui direto na Defensoria, fiquei recebendo ligações da Defensoria e, antes mesmo que o Juiz deferisse, houve um mutirão e fiz a cirurgia, porque, talvez ainda estivesse com dor, porque, se o SUS demora, a Justiça demora também. (USUÁRIO 09).

Comecei a sentir dores e procurei o Posto de Saúde e entrei na fila de espera, aguardei mais ou menos 01 ano e nada de conseguir uma consulta, mas as dores foram aumentando e procurei atendimento médico no Hospital de Caucaia, fiz um Raio X, aí o médico falou que meu caso era de cirurgia e mandou logo que eu entrasse com um processo, porque se não abrisse processo, nunca ia conseguir, aí ele deu logo o laudo médico. Dei entrada na Defensoria no início de 2016 e em abril de 2017 fiz minha cirurgia no HGF. Depois que eu tinha feito a cirurgia no HGF foi que o Hospital das Clínicas me chamou para consulta. (USUÁRIO 27).

Nesses relatos, os usuários declaram que procuraram o posto de saúde, mas ao terem indicação médica para tratamento especializado, não havia vaga disponível e foram encaminhados para a fila de espera. Em razão da demora do sistema em ofertar consulta ambulatorial especializada, os usuários procuraram outros meios para dar continuidade ao tratamento, uma vez que referem sentir dores. Em sendo assim, o usuário 06 buscou o serviço particular; o usuário 09 conseguiu a consulta por intermédio de um amigo e o usuário 27, buscou outro serviço de saúde em outro município. Todos demandaram a justiça para garantir a continuidade de seu tratamento.

Na visão de vários especialistas no assunto, 80% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos na atenção básica. O atendimento e a continuidade do acompanhamento da situação de saúde dos pacientes, no entanto, ficam comprometidos em virtude da insuficiência de serviços complementares, como consultas com especialistas, exames laboratoriais e de imagem, que auxiliam no diagnóstico e no tratamento do paciente, o que acarreta no agravamento do quadro de saúde, demandando outros níveis de atenção, como o secundário e o terciário

Em relação às modalidades de acesso aos serviços de saúde, ao relatarem seus percursos, identifiquei na fala dos usuários o fato de que alguns percorreram o fluxo pre-estabelecido pela Central de Regulação. Outros usuários, todavia, não conseguiram chegar ao serviço especializado sem a ajuda do “jeitinho”, ou seja, por meio de pessoas que tem acesso ao hospital e conseguiram agendar atendimento. Esse discurso também é mostrado na fala do Defensor Público 02, quando diz:

[...] Aí ele tem mecanismos, digamos assim, paralegais, por meio de jeitinhos, de pressões políticas, de amizades com políticos, aquela solução não republicana que no desespero o cara faz [...].

De tal maneira, resta comprovado que os usuários procuraram o posto de saúde para serem assistidos. Observo, contudo, que a demora para o atendimento especializado é um dos primeiros obstáculos encontrados neste percurso, fazendo com que os usuários aguardem mais de um ano em fila de espera somente para ser atendido por um especialista. Em entrevista ao Jornal **O Povo** em março de 2012, Helly Ellery (Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza), assinala que “[...] o maior gargalo do SUS, em todo o País, é o atendimento de média complexidade, que inclui atenção especializada, cirurgias eletivas e atendimentos hospitalares”.

Segundo relato dos usuários, foi possível identificar o fato de que os paciente, nesse percurso, procuram o serviço particular enquanto aguardam atendimento em fila de espera. Essa estratégia é utilizada como meio para dar agilidade ao diagnóstico, pois realizam os principais exames particulares e, quando conseguem o atendimento com o SUS, já estão com os exames para apresentarem ao médico no ato da consulta.

Verifico, à luz dos relatos, que a demora no atendimento influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes, além de causar piora no quadro de saúde e, em alguns casos, sendo necessário realizar procedimentos mais complexos e com custo financeiro maior, porque o problema de saúde original não foi resolvido no tempo certo. Para exemplificar essa constatação reproduzo o seguinte discurso:

Em 2011, sofri um acidente de trabalho na cidade de Campo Maior e fui transferido para o Hospital de Teresina, mas nada foi feito. Recebi alta e meus familiares me trouxeram para o Hospital de Maracanaú, pois eu estava com muitos comprometimentos, mas os hospitais não resolviam, até que fui melhorando (pacientes utilizam recursos da fé para justificar sua melhora). Por conta própria, procurei o IJF onde passei de 03 a 04 meses em tratamento

clínico até que o médico solicitou um exame (ressonância) e fui para a fila do Posto, mas nunca consegui que liberassem o exame. Através de amigadas consegui realizar o exame. Como já fazia muito tempo desde o acidente até o resultado do exame, meu caso não era mais tratado como urgência e não podia mais ser tratado no IJF e fui encaminhado para o Hospital das Clínicas onde fiquei em tratamento por mais 01 ano, até que houve recomendação por cirurgia, porém alegaram que não tinha material e fiquei novamente na fila de espera. Como eu já estava esperando há muito tempo, procurei a Ouvidoria do Hospital que me orientou a procurar a Defensoria. Após mais de um ano que havia feito a solicitação no Posto de Saúde, a Secretaria de Saúde entrou em contato me encaminhando para a Santa Casa, porém era uma cirurgia complicada e fui encaminhado para o HGF onde houve atendimento médico e também tive a cirurgia indicada. Infelizmente, em outubro de 2016, devido às dificuldades para andar, sofri uma queda em casa e quebrei novamente a perna direita e o ombro esquerdo e continuei em tratamento no HGF. Em janeiro de 2017 a Secretaria de Saúde do Estado entrou em contato novamente informando agendamento de consulta com o Dr. Aurélio no Hospital das Clínicas, mas devido à queda não pude fazer a cirurgia. Atualmente não apresento mais indicação de cirurgia para reconstrução dos ligamentos, mas necessito de uma prótese. (USUÁRIO 02).

Este relato evidencia o quanto a demora por uma consulta, um exame, um procedimento, pode influenciar na vida do usuário. Apesar de o usuário ter procurado os meios oficiais de acesso aos serviços de saúde, não obteve os retornos nos períodos adequados e, por este motivo, se utilizou de pessoas com as quais revelou ter vínculo de amizade e que trabalhavam nos serviços de saúde a fim de lograr acesso facilitado para exame e consulta. Os órgãos oficiais do Governo ofertaram o serviço necessário para o usuário, notadamente com um tempo de espera excessivo, fato que comprometeu o quadro de saúde do paciente, associado ao infortúnio de outro acidente doméstico. Outro fato a chamar a atenção é que o usuário passa por diversos serviços de saúde sem conseguir que eles deem resolubilidade para sua necessidade de saúde.

São diversas as filas a que os pacientes são submetidos, diariamente como, a fila do posto para atendimento médico e a do Hospital para receber medicamento, realizar procedimento. Essa busca incessante pelos serviços de saúde sem obter resultado positivo e sem o tratamento correto acarreta no agravamento das enfermidades ensejando um custo social para o paciente e um investimento financeiro

maior para o Estado. Ainda me referindo ao discurso do usuário 02, verifico que ele procurou a via administrativa dentro do próprio Hospital, mas não obteve resposta; ao contrário, foi orientado a demandar a Justiça como recurso para resolver sua demanda.

Neste percurso, repleto de barreiras para o acesso dos usuários, encontro aqueles que desistiram no meio do caminho em decorrência das dificuldades, principalmente aquelas relacionadas ao deslocamento, uma vez que, como a maioria relata sentir muitas dores, o deslocamento é uma das principais barreiras para a continuidade do tratamento, pois a maioria dos usuários não dispõe de transporte próprio, sendo necessária a utilização de transporte público que, muitas vezes, é inadequado para mobilidade do paciente, ou, em alguns casos, impõe-se custear transporte particular, tal como táxi, trazendo um custo maior ao tratamento.

Em 2012 levei uma queda dentro de casa e quebrei a perna e não tive o tratamento correto em Icó. No dia da minha queda fui levada para o Frotão e lá o médico colocou uma platina no meu pé. O médico recomendou que eu deveria fazer outra cirurgia, mas não retornei. Após sentir dores, procurei o serviço de Icó, mas o médico disse que não tinha mais jeito, aí minha irmã me trouxe para Fortaleza e fiz consulta particular com o Dr. Tiago Gomes, especialista em joelho e fiz os exames necessários, aí ele disse que eu precisava fazer 03 cirurgias e fui encaminhada para o Dr. Henrique no Hospital das Clínicas e lá dei continuidade ao meu tratamento, até que o Dr. Enéas, que na época era Residente do Dr. Henrique, disse que eu teria que procurar a Justiça porque o Hospital não tinha o material necessário para a minha cirurgia. Eu fiz somente uma das cirurgias, a da prótese do joelho esquerdo porque desisti do tratamento. Na época, o município de Orós não estava disponibilizando transporte para o meu deslocamento, as coisas foram ficando mais difíceis, aí eu desisti. (USUÁRIO 04).

Neste relato, é possível identificar duas situações. A primeira é a descentralização dos serviços de saúde, que os deveria tornar mais próximos dos pacientes, evitando os longos deslocamentos e a superlotação dos hospitais de Fortaleza. Notório é o fato de que o usuário em foco, não teve atendimento adequado no local onde morava, necessitando recorrer ao Município da Capital Cearense para garantir seu tratamento. Em segundo lugar, além dos municípios do Estado não ofertarem alguns serviços especializados, sobretudo no que se refere a traumatologia ortopédia, têm dificuldade para disponibilizar transporte para o deslocamento de seus

usuários, acarretando maiores problemas para continuidade do tratamento, por vezes, levando o cidadão a desistir.

Esse percurso, permeado pela demora e por sofrimento, é uma das principais angústias dos pacientes atendidos pelo SUS, não obstante ser esse o principal motivo que leva os usuários à procura do sistema judiciário para dirimir seu conflito. Essa demora não é sentida apenas nos serviços de saúde, mas também no próprio Judiciário.

Eu já faço tratamento na reumatologia há mais de 10 anos e em 2015 a Dra. Ana Paula me encaminhou para consulta com o ortopedista porque eu estava sentindo muitas dores e com muita dificuldade para andar. O médico ortopedista me colocou na fila de espera do Hospital e também me encaminhou para a Justiça, dizendo que se eu fosse esperar pela fila do Hospital ele não sabia nem quando eu podia fazer essa cirurgia. Agora aguardo resposta da Defensoria, porque até essa data o Juiz ainda não decidiu sobre meu processo. (USUÁRIO 10).

Apesar de a demora do Judiciário não ser alegação recorrente por parte dos usuários, em seus discursos nesta pesquisa, é importante ressaltar que o processo judicial obedece a prazos legais e que, por vezes, ensejam, também demora para que os juízes definam suas sentenças.

Recorrer à Justiça não é garantia de que o pleito vai ser deferido, nem que sua demanda será atendida mais rápido. Malgrado esses problemas permearem o imaginário dos usuários. À leitura dos relatos, identifico o fato de que, mesmo após recorrer à Justiça, alguns usuários sentiram-se prejudicados pela demora por uma decisão judicial. Outra queixa é a de que, mesmo com a ordem judicial determinando que o procedimento seja realizado, há uma demora no cumprimento, conforme visto no relato do usuário 11.

Quando o médico me deu os documentos, corri para a Defensoria Pública da União pensando que logo iria dar certo, porém, como meu endereço era de Crateús, disseram que eu teria que procurar a Justiça Federal que atendia o meu município. Assim que pude, fui logo, mas lá não havia defensor e minha filha, que me acompanha em tudo e é formada em direito, mas não exerce porque é Inspetora da Polícia Civil, foi ela mesma quem escreveu e fez o pedido. Após três meses que ela havia dado entrada no pedido, ligaram da Justiça Federal dizendo que o Juiz havia concedido a liminar, ela pediu pra enviar por email e foi correndo ao Hospital das Clínicas procurar o setor

jurídico. Aí foi a minha primeira decepção, porque foi aí que soube que essa liminar ainda seria encaminhada para o Ministério da Saúde, para depois ele encaminhar para o Hospital das Clínicas para que desse uma resposta e esse caminho demorou seis meses. Eu achava que quando a gente tava com uma liminar na mão as coisas já seriam resolvidas, mas não é bem assim. Só depois desses seis meses é que fui chamada para a consulta pré-operatória. Depois da consulta demorou mais dois meses até que fizessem a cirurgia, porque foi o tempo necessário para fazer os exames e fiz a cirurgia em julho de 2016, ou seja, de quando dei entrada até a cirurgia, demorou quase um ano, mesmo com a liminar em mãos. (USUÁRIO 11).

Notório é o fato de que, com amparo nesse discurso, mesmo com o deferimento, ainda é necessário todo um trâmite burocrático para o usuário ter seu problema resolvido. Como o Hospital Universitário é uma unidade pertencente à União, necessita da autorização do Ministério da Saúde para dar cumprimento à ordem judicial, uma vez que realizará operação financeira não prevista em seu planejamento.

Ainda em relação à demora no atendimento, mesmo após o deferimento, verifico que os usuários têm dificuldade no cumprimento da liminar e os entes federados (União, Estado, Distrito Federal e Município) que deveriam ser solidários no cumprimento da medida, utilizam-se desse recurso para desresponsabilizar-se, e as pessoas ficam sem saber a quem recorrer, sendo necessária nova intervenção da justiça para o efetivo cumprimento da medida. Isto sobra evidenciado no relato do usuário 19,

Depois do câncer, a minha família começou a procurar tratamento para a questão do quadril. Procuramos o IJF e fomos muito mal tratados, o médico disse que pessoas mais novas tinham mais chances e meu pai entrou em depressão. Procuramos o HGF, mas a fila era enorme e aí resolvemos entrar na Justiça. Eles fizeram perícia e fomos muito bem tratados. Entramos na Justiça em junho de 2014 e em dezembro de 2014 o Juiz deu o deferimento para ser cumprido em 15 dias e começaram a jogar a gente de um lado para o outro. A Prefeitura e o Estado se defendiam, mas o Juiz estabeleceu prazo e multa, veio o final do ano e a Justiça entrou em recesso e nada ficou resolvido. Ele já estava com dores insuportáveis e ficamos esperando. O Juiz deu outro parecer duplicando a multa e em setembro de 2016 foi que ele conseguiu fazer a cirurgia no HGF.

Neste discurso, vem novamente à tona a discussão relativa aos critérios para prioridade de atendimento na saúde, conforme o perfil do doente e da unidade de saúde especializada para o seu atendimento. Ao que parece, a modo como esta informação foi dada ao paciente, produziu um sofrimento ainda maior. Além de não ter o atendimento, o cidadão fica sem saber se, realmente, será atendido, uma vez que sua idade não pode retroceder. A prioridade preconizada no Estatuto do Idoso, parece não ser levada em consideração quando há o atendimento em saúde. Essa falta de um serviço que possa atender esse tipo de demanda, sobretudo de pessoas idosas, aumenta a insegurança dos usuários acerca da garantia de atendimento pelo SUS, fazendo com que recorram ao Judiciário para garantir o direito de usufruir do seu direito.

Na compreensão de Santos (2012), no momento em que a Constituição Federal prevê, no art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, esse Estado é compreendido sob configuração federativa (União, estados-membros, Distrito Federal e Municípios) e, assim, receberam a mesma obrigação, de maneira solidária, de promover a saúde da população. Com efeito, o cidadão poderá cobrar a prestação do serviço de saúde a qualquer dos entes federados ou de todos eles, simultaneamente. Os entes, todavia, se utilizam dessa prerrogativa não para assumir sua obrigação, mas para repassá-la uns para os outros e, assim, ninguém assume, sendo necessário que o Judiciário interfira novamente.

Outro aspecto evidenciado nos discursos dos usuários é a participação da família, uma vez que os pacientes estão com muitas dificuldades, principalmente de locomoção. A interferência do grupo familiar se faz imprescindível, auxiliando-os, acompanhando nas consultas e exames, prestando apoio emocional neste momento de dor e angústias.

É possível afirmar, então, que os usuários demandantes dos serviços de saúde seguem, pelo menos em parte, o fluxo proposto pela regulação; por vezes, recorrem a outras estratégias, motivados pela excessiva demora, para que o Estado dê respostas às suas demandas. Os recursos utilizados para organizar as demandas para o seu efetivo acolhimento, tais como a regulação assistencial e as filas de espera, não conseguem dar respostas em tempo considerado exequível para as necessidades dos usuários. Esse percurso que eles fazem até o seu integral atendimento, quando conseguem, é marcado por diversas dificuldades, decorrentes do próprio problema de

saúde, como, por exemplo, dores associadas a dificuldade de locomoção em decorrência do da situação de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde só veio a ser tratada oficialmente como direito com a promulgação da Constituição Federal de 1988, após lutas dos movimentos sociais, dos profissionais da saúde e da população como um todo. Nestas lutas destaca-se o protagonismo do movimento de reforma sanitária, que lutou pela democratização do acesso à saúde, defendendo como princípios fundantes a universalização, a hierarquização, a descentralização e a participação popular, sob o manto da integralidade e da equidade.

A inscrição da saúde como direito, marca, historicamente, a luta política dos grupos sociais, face tensões entre o Estado e a sociedade na garantia prestacional de serviços públicos de qualidade e de abrangência; uma história marcada por contradições, avanços, conquistas, negociações, mas também permeada pelos recuos diante da luta incessante de dois projetos ideológicos: o sanitário (democratizante, originário do movimento de reforma sanitária) e o privatista (de caráter mercadológico). Ao longo das décadas e, de modo especial, na contemporaneidade, estes dois projetos disputam espaço dentro do sistema de saúde, com a dominância crescente do privatista.

Para sua materialização por meio do SUS, o direito à saúde contou com um arcabouço legal, tendo sua maior expressão nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90. É inegável, no entanto, o fato de que o SUS, face ao confronto com os interesses do mercado, não conseguiu garantir acesso igual a todos os cidadãos, mesmo levando em conta o princípio da equidade. São recorrentes relatos de pessoas que não conseguiram ou passaram muito tempo para lograr acesso a algum serviço de saúde pelo SUS.

A mesma Constituição que instituiu a saúde como direito instituiu o Judiciário como guardião da Carta Magna, devendo zelar pelo seu cumprimento, por meio de canais de acesso dos cidadãos, quais sejam, defensorias públicas, Ministério Público, tribunais. Desse modo, abre-se caminho para a judicialização do direito à saúde nos moldes em que está sendo tratada neste trabalho: interferência do Judiciário nas ações e/ou omissões do Executivo.

No Brasil, a judicialização nasceu, como um fenômeno típico do constitucionalismo no âmbito dos processos democráticos de defesa dos direitos. Assim sendo, o Poder Judiciário é dotado da prerrogativa de zelar pelo cumprimento

da ordem constitucional vigente, alargando seu escopo de atuação, intervindo em diversas frentes - eleitorais, políticas públicas e até no campo privado das relações sociais, adentrando o espaço da família e das relações de gênero.

De tal modo, o Poder Judiciário penetrou o terreno da saúde pública, configurando o fenômeno hoje, de ampla difusão, da judicialização da Saúde. Tal fenômeno começou na década de 1980 a partir de demandas de grupos de pessoas com HIV/AIDS e ampliou a área de atuação na saúde, expandindo-se para as mais diversificadas solicitações, incursionando pelos espaços institucionais para o cumprimento de determinações judiciais.

A judicialização é prenhe de contradições, críticas e conflitos ideológicos. O principal deles reside na separação dos poderes constitutivos do Estado e na legitimidade do Poder Judiciário interferir em políticas públicas, cujo planejamento e execução constituem funções precípua do Poder Executivo. Não pretendo aqui avançar nesta discussão específica. O meu intento é chamar a atenção para esta circunstância conflituosa que permeia a judicialização. Apesar das críticas, a judicialização é uma das modalidades de se garantir o cumprimento do direito à saúde.

Em coerência com as pretensões avaliativas desta dissertação, foi desenvolvida pesquisa, com a finalidade de analisar a judicialização da saúde no contexto do Hospital Universitário Walter Cantídio, com suporte na análise dos sujeitos, sendo estes compreendidos em usuários, gestores e defensores públicos da União. A intenção é contribuir com o debate atual acerca da garantia da saúde como direito fundamental por meio da judicialização, abrindo vias analíticas, com base nas descobertas configuradas neste trabalho acadêmico.

Com enfoque neste estudo, foi possível delinear posicionamentos diversos dos sujeitos acerca do entendimento da concepção de saúde, desde as mais tradicionais, ligadas ao modelo biomédico - o qual compreende a saúde como a ausência de doenças - até um conceito mais ampliado, em que a saúde está circunscrita em meio a outras necessidades: alimentação, saneamento básico, higiene, bem-estar físico, mental, social e espiritual. Malgrado, porém, compreender a saúde com suporte em concepções diferenciadas, os sujeitos a reconhecem como direito, devendo ser garantida por meio de políticas públicas, enfatizando o papel do Estado como provedor.

Inegavelmente, esta compreensão da saúde como direito, entrelaça-se com a seara da Justiça, identificada como o espaço legítimo para reivindicar o direito

prestacional atribuído ao Estado. Há, todavia, o reconhecimento de que a interferência do Judiciário no Executivo traz consequências em diferentes níveis: na execução dos serviços, sendo necessário um novo reordenamento no campo gerencial e administrativo; no terreno específico de garantia de acesso, uma vez que, com a judicialização, na maneira em que ela se desenvolve hoje, o direito é concebido individualmente, e a política pública de saúde é pensada coletivamente. Não obstante, no momento em que uma pessoa tem em mão uma ordem judicial para acesso a determinadas demandas, outro cidadão, que está nas mesmas condições de saúde, terá seu tratamento adiado, ou interrompido, em função da ordem judicial. Portanto, a judicialização é uma via contraditória como expressão garantidora de direitos.

Os achados desta pesquisa reforçam as preocupações apontadas por David & Coelho (2014), quando questionam acerca das contribuições da atuação judicial para a efetivação do SUS, haja vista que as ações se concentram em demandas individuais, ao passo que o SUS é pensado coletivamente.

Ainda conforme os discursos dos sujeitos desta pesquisa, verifiquei, como pesquisadora, que temas como a corrupção, o pagamento de impostos e o orçamento perpassam as discussões acerca das modalidades de garantir o efetivo desenvolvimento da política pública de saúde, interferindo diretamente nas ações e serviços que deveriam ser ofertados à população. Neste sentido, a judicialização reflete a omissão do poder público, materializado no Poder Executivo, na concretude de sua função precípua, despertando a desconfiança da população relativamente ao seu cumprimento.

As análises empreendidas nesta pesquisa mostram que a materialização do direito à saúde via judicialização se dá com a oferta de serviços públicos que privilegiem atendimento médico, fornecimento de medicamentos e insumos, realização de exames, cirurgias e outros procedimentos; bem assim na oferta de leitos para internação. À medida que estes serviços não conseguem chegar à população que dele necessita, há a negação do direito e, conseqüentemente, o fomento à judicialização da saúde, uma vez que o público usuário compreende a saúde como direito prestacional e o Judiciário como espaço privilegiado para requisitá-lo.

Há, pois, o reconhecimento do Judiciário como um poder supremo, capaz de garantir a efetivação do direito, tornando-o, no imaginário dos recorrentes, como um poder superior aos demais. Esta expectativa é deveras preocupante, uma vez que, em primeiro lugar, é atribuído ao Poder Judiciário uma força superior à dos demais,

posicionamento que coloca em xeque a separação de poderes e confere ao Judiciário o papel de controlador supremo, capaz de interferir nas ações e decisões dos outros poderes; a segunda preocupação diz respeito à desmobilização dos cidadãos como coletividade, recaindo no individualismo, desconsiderando o poder de lutas coletivas, que inspiraram o movimento de reforma sanitária, que é a base do modelo ideológico e político do SUS.

Observei, ainda, com procedência nos relatos dos entrevistados, dois aspectos merecedores de destaque. O primeiro refere-se ao reconhecimento da saúde como direito social fundamental e, por isso, podendo ser acionado judicialmente quando da omissão do Estado ou do seu mau desempenho na consecução da política pública de saúde. Neste sentido, o que se questiona na justiça não é o direito à saúde, propriamente dito, mas a atuação do poder público, mediante o desenvolvimento de políticas públicas suficientemente capazes de atender à população. Esta concepção, dentre os entrevistados, é sustentada pelos usuários, defensores e um dos gestores. O segundo ponto, defendido pelo Gestor 02, contesta o próprio direito à saúde e a maneira como está previsto na Constituição, apontando, como solução para este conflito, a reatualização do referido direito, considerado genérico. Este discurso, enquanto é motivo de preocupação no grupo dos defensores públicos quando exprimem que os constituintes não conseguiriam imaginar as proporções que este direito poderia tomar reforça o discurso do Ministro da Saúde na gestão de Michel Temer (2016-2018) ao questionar a universalidade e a integralidade do SUS, reforçando o discurso neoliberal. Está, pois, alinhado com o projeto privatista, vinculado ao mercado, que defende uma democracia restrita, com pouca atuação do Estado em relação à concretude dos direitos sociais. Assim, o discurso mercadológico está também nas instituições executoras, fazendo parte, inclusive, de quem é responsável pelo seu planejamento, pela execução de suas ações no cotidiano das pessoas.

Outro fator importante ressaltado nesta pesquisa é a falta de instrumentos administrativos que possam evitar que o conflito chegue ao Judiciário, porquanto, quem mais incentiva as pessoas a procurarem a Justiça são os médicos e funcionários do Hospital Universitário Walter Cantídio. A principal justificativa para esta orientação repousa no discurso da demora para realização de procedimentos, principalmente as cirurgias traumato-ortopédicas. A orientação pela busca do Judiciário parte do âmbito da própria Instituição, refletindo, assim, pouca capacidade de resolução de conflitos

internos, além da não efetividade na realização de serviços que possam atender à demanda.

Cabe aqui ressaltar o fato de que, quando o usuário chega ao serviço especializado do Hospital Universitário Walter Cantídio, quer dizer que ele, como paciente, já percorreu os caminhos necessários a este atendimento. E, quando da sua vinculação ao HUWC, este serviço é que terá como responsabilidade, dentre outras, de avaliar as condições clínicas do paciente para inserí-lo na fila de espera, a fim de aguardar pelo procedimento necessário.

Em uma apreciação crítica dos fluxos dos usuários no sistema de saúde, verifiquei que os recorrentes buscaram, em primeiro lugar, o posto de saúde para conduzir seu tratamento; no entanto, a demora para dar seguimento às necessidades de saúde identificadas foi o que motivou na busca pela Justiça. Nestes termos, é possível inferir que os mecanismos adotados administrativamente para facilitar e organizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde – Central de Regulação e fila de espera – não estão conseguindo dar respostas eficazes, exigindo que eles sejam repensados, de modo que as insatisfações e anseios da população tenham espaço de escuta.

Outro aspecto que interpela à discussão é a repercussão de uma ordem judicial no funcionamento de uma unidade executora da política de saúde, no caso em questão, o Hospital Universitário Walter Cantídio. Como foi possível identificar nos discursos dos gestores, a ordem judicial criou a segunda fila de espera, a “fila da justiça”, de pessoas que, em posse de uma medida liminar, aguardam pela realização de um procedimento. Esta situação da “fila de espera da justiça” remete a três pontos: o primeiro, refere-se à eficácia da ordem judicial, uma vez que esta tem um prazo estipulado para a sua execução, todavia, nem sempre o Hospital tem condições de dar cumprimento no prazo estabelecido em razão da quantidade de ordens judiciais; o segundo ponto retoma a discussão da garantia do direito, da equidade, porquanto, no momento em que o cidadão está amparado por uma ordem judicial, ele toma a frente de quem não está amparado, ou seja, na ocasião em que se garante o direito de um, o do outro está sendo negado. O terceiro ponto é expresso na avaliação técnica, uma vez que a fila organizada no Hospital obedece a critérios técnicos de avaliação clínica do paciente, permeando desde a urgência para o atendimento até a ordem de chegada para os que se apresentam no mesmo perfil clínico. A ordem

judicial não privilegia esta avaliação, procedendo, como já referido, no âmbito individual, “caso a caso”.

Nas falas dos usuários recorrentes emergiram atitudes divergentes quanto à atuação do Poder Judiciário nas demandas de saúde. Há usuários que concordam com a interferência do Judiciário na Saúde como a maneira de garantir o efetivo cumprimento do direito. Por outro lado, há aqueles que discordam da atuação da Justiça na seara da saúde, pois acreditam que, por ser um direito, já deveria ter seu efetivo cumprimento. Tanto os que concordam, como os que discordam reconhecem a saúde como direito e, para acessá-lo, tiveram que recorrer ao sistema judiciário, portanto, também reconhecem neste um caminho para acesso, ainda que discordem de sua atuação.

Elemento importante, registrado nos relatos dos sujeitos, e que, possivelmente, seja um dos motivos, da busca da judicialização, é a interpretação quanto à avaliação de risco do paciente. Na saúde, esta avaliação obedece a perfis técnicos, ligados a processos de cura, de cronicidade da doença, de benefícios com o tratamento e qualidade de vida para o paciente, bem como idade e o tempo de espera. Com base neste perfil é estabelecido uma comparação entre todos os pacientes que aguardam para serem atendidos, buscando avaliar cada caso no conjunto das situações. No entanto, o Judiciário, via processos de judicialização, prende-se à análise particular, “caso a caso”, perdendo a noção do conjunto, do coletivo, reforçando, ainda mais, a busca pelo Judiciário mediante ações individuais.

A partir dessas análises, é possível compreender que a judicialização, nos moldes que está acontecendo hoje, configura-se como um fenômeno da democracia liberal, porque individualiza uma questão coletiva, descaracterizando o ideário do movimento de reforma sanitária, que é a base ideológica do SUS. Nesse sentido, a judicialização não contribui para reforçar o direito universal à saúde, mas privilegia o direito individual e, conseqüente, perda da universalidade. A expansão deste fenômeno a partir do não atendimento de demandas dos usuários permite inferir que tanto a democracia, quanto a possibilidade de um Estado de direito democrático está em xeque, está ameaçada. De fato, a judicialização na saúde constitui uma saída encontrada para a ineficiência do Estado, e, assim sendo, seu desenvolvimento recorrente ameaça a garantia de direitos, sobretudo o da saúde que se pretende universal, uma vez que na judicialização o direito é individualizado, tratado “caso a caso”, interferindo na própria dinâmica do Estado.

Ao longo dos processos de ajuste ao capital mundializado, deflagrado na década de 1990 e intensificado nos anos 2000, sobretudo nos circuitos do Golpe 16, o Estado Brasileiro, cada vez mais, assume uma postura gerencialista, minimalista, havendo um recolhimento da sua função protetiva, reforçando sua aliança com o mercado. Nesse Estado gerencial, em que as demandas do público são institucionalizadas, o Judiciário assume o papel de resolução de conflitos, todavia, por meio de soluções mais individualizadas, dando margem para a configuração de um modelo privatista, voltado para os interesses mercadológicos, indo de encontro a um direito socialmente construído e constituído no espaço público.

A judicialização reforça a noção de seletividade, desconstituindo a noção de acesso ao direito e reforçando o acesso a um serviço específico, neste caso, um serviço de saúde.

Ao longo da elaboração da pesquisa e da sistematização das análises, um aspecto suscitado diz respeito aos interesses encarnados nos processos de judicialização, para além do atendimento das demandas dos usuários. Neste sentido, cabe questionar os interesses ligados a empresas vinculadas à indústria farmacêutica e ao fornecimento de próteses. Ademais, cumpre também considerar interesses dos próprios médicos. Em verdade, a investigação aqui consubstanciada, não me permitiu chegar a respostas a estas questões. São, entretanto, vias de investigação a serem trabalhadas em outros estudos e pesquisas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Patrícia José Nunes. Revista Visão Acadêmica; Universidade Estadual de Goiás; **Os diferentes discursos e ideologias sobre o Regime Militar**. Edição Monografias 1; Abril de 2012; ISSN 2177 7276; Cidade de Goiás; [www.coracoralina.ueg.br](http://www.coracoralina.ueg.br). Acessado em 09 de junho de 2016.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 09-23

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/Saude - judicializacao - Luis Roberto Barroso.pdf/view](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/Saude_-_judicializacao_-_Luis_Roberto_Barroso.pdf/view)

BARROSO, Luis Roberto - **Anuario iberoamericano de Justicia constitucional**, 2009 - recyt.fecyt.es

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**. 11 (1): 67 – 84, 2002.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. Programa Educativo Dívida Externa – PEDEX, Caderno Dívida Externa, n. 6, 2 ed. nov. 1994.

BATISTELA, Alessandro. Um conceito em reflexão: o “populismo e sua operacionalidade”. **Revista Latino-Americana de História**. Vol. 1, nº 3, março de 2012. Edição Especial.

BERHING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9ª edição – São Paulo: Cortez, 2011 – Biblioteca básica de serviço social; v.2

BERTAGNOLLI, Ilana. Judicialização do direito fundamental à saúde: uma análise do Ag. Reg. na Suspensão de Tutela Antecipada: STA n. 175-CE. **Revista de Ciências Jurídicas**, Ponta Grossa, 4(1): 83-94, 2012. Disponível em <http://http://www.revistas2.uepg.br/index.php/lumiar>

BOBBIO, Norberto, **A era dos direitos**. 7. Ed. Tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. - Nova ed.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. - 7ª reimpressão.

BRASIL. Advocacia-Geral da União. **Intervenção judicial na saúde pública**. Panorâma no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Ministério da Saúde. 2013. [www.portalarquivos.saude.gov.br](http://www.portalarquivos.saude.gov.br)

BRASIL, Conferência Nacional de Saúde – **Anais**. 3ª Conferência Nacional de Saúde; promovida pelo Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Governo do Brasil. **Cirurgias no joelho beneficiam 100 pacientes esta semana**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/04/cirurgias-no-joelho-beneficiam-100-pacientes-esta-semana>. Acessado no dia 03 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Legislação da Saúde**. Disponível em: [Portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao).

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_, Maria Inês de Souza. **Revista Políticas Públicas de Saúde**, fevereiro de 2016. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index/php/rppublica/article/viewFile/5051/3099>. Acessado no dia 14 de novembro de 2017.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. O Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. UFF;UERJ. BENCHIMOL, Jaime Larry. **Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2001.

CARVALHO, A.M.P; CASTRO, A.T.B.: Crise do capital e dilemas do desenvolvimento. **EM PAUTA**. Rio de Janeiro – 1º semestre de 2013. N.º 31, v.11, p. 79 – 96.

CARVALHO, Alba Maria Pinho. **Cena contemporânea brasileira em tempos de Golpe 16: inflexões na Política de Assistência Social**. 2º seminário nacional – o trabalho do/a assistente social na Política de Assistência Social – CFESS. Fortaleza. 2018.

CEARÁ. **Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará**. Disponível em: <http://www.defensoria.ce.def.br/atuacaogeral/saude/> - acessado no dia 14 de junho de 2016.

**Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.** URSS, 6 – 12 de setembro de 1978. <http://cmdss.2011.org/site/wp-content/uploads/2011/071Declaracao-Alma-Ata.pdf>. Acessado no dia 07 de novembro de 2017.

COQUEIRO, Neusa Freire. **Representações dos profissionais no desenvolvimento da política de saúde mental em Fortaleza:** uma avaliação em processo no espaço do CAPS Geral da Secretaria Executiva Regional III /2013.

DAVID, Grazielle Custódio; COELHO, Tiago Lopes. **Novos caminhos para a judicialização da saúde no Brasil?** Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/07/debate-novos-caminhos-para-a-judicializacao-da-saude-no-brasil/>

DEBERT, Guita Grin. **Ideologia e populismo:** A. de Barros, M. Arraes, C. Lacerda, L. Brizola. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books.

\_\_\_\_\_. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

ESMERALDO, Gema Galgani Silveira Leite; FERNANDES, Ivana Leila Carvalho. Elementos a considerar na avaliação de políticas públicas. AVAL – **Revista de Políticas Públicas** – v. 2. N. 10 jul/dez. (2012) – MAPP/UFC. Fortaleza. CE

ESMERALDO, Gordany Rose de Oliveira Viana; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **Resgatando a História do Programa Saúde da Família em Fortaleza – Ceará.** Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção/organizadoras, Lúcia Conde de Oliveira, Maria Marlene Marques Ávila e Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia – Fortaleza: EdUECE, 2012.

FAUSTO, Boris. O Estado Novo no contexto internacional. PANDOLFI, Dulce org. **Repensando o Estado Novo.** Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

FIGUEIREDO, Viviane Maurício. **Serviço Social e política de saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um Hospital Universitário.** Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO. 2012. [http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/19203/19203\\_3.PDF](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/19203/19203_3.PDF). Acessado em 09 de junho de 2016.

FILETI, Narbal Antônio Mendonça. O princípio da proibição de retrocesso social. Revista **Jus Navigandi**, Teresina, ano 14, n. 2059, 19 fev. 2009. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/12359>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra. **Desenvolvimentismo:** a construção do conceito. Presente e futuro do desenvolvimento brasileiro/editores: André Bojikian Calixte, André Martins Biancarelli, Marcos Antônio Macedo Cintra – Brasília: IPEA, 2014.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. Partido do Movimento Democrático Brasileiro. **Uma ponte para o futuro.** Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil:** do Brasil-Colônia a 1930. Departamento de Ciências Médicas. Escola de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP. 2007.

GASPARETTO JÚNIOR, Antônio. Golpe de Estado. [www.infoescola.com/politica/golpe-de-estado/](http://www.infoescola.com/politica/golpe-de-estado/).

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002

\_\_\_\_\_, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRADE, Halim Antônio. **Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GOMES, Angela de Castro. “O populismo e as ciências sociais no Brasil: notas sobre a trajetória de um conceito. In: FERREIRA, Jorge (Org.). **O populismo e sua história: debate e crítica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, p. 17 – 58.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.3, pp.565-574. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.

GRANGEIRO A, Laurindo da Silva L, TEIXEIRA PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. 2009;26(1): 87–94.

HOLANDA , Ivana Cristina Cunha Barreto. et al. Reforma Sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso. **Saúde em Debate** [on line] 2011, 35 (Julio-Septiembre): [Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341766006>> ISSN 0103-1104

IRENO JUNIOR, Ivanir César. Os fundamentos éticos e históricos das prerrogativas da magistratura. **Revista eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região, Curitiba**, PR, v. 3, n. 25, p. 9-23, nov. 2013.

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

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra: 'Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde'. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, vol. 10(3): 1037-51, set.-dez. 2003.

LOBATO, Anderson Cavalcante. O reconhecimento e as garantias constitucionais dos direitos fundamentais. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília a. 33 n. 129 jan./mar. 1996

MARAGONI, Gilberto. Anos 1980, década perdida ou ganha? **Revista Desafios do Desenvolvimento**. IPEA. 2012, Ano 9. Edição 72.

MARMELSTEIN, George. **A judicialização da ética. Um Projeto de Transformação da Ética em Direito Orientado pela Expansão do Círculo Ético**. Tese de Doutorado. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra – 2013.

MAZZEO, Antônio Carlos. **Estado e burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa**. 3 ed – São Paulo. Boitempo, 2015.

MELLO, Eliane Spacil de. A judicialização da política no Brasil. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 117, out 2013. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13775](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13775)>. Acesso em jun 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. [Health care networks], **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, vol. 15 9 p. 297 – 305).

MESQUITA, Rosélia Maria Soares. **O Sistema Microrregional de Serviços de Saúde no Estado do Ceará: o caso da microrregião de Canindé**. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção/organizadoras, Lúcia Conde de Oliveira, Maria Marlene Marques Ávila e Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia – Fortaleza: EdUECE, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec – Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro. 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis; RJ: Vozes, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamazo; LIMA, Telma Cristiane Sasso de Lima. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katalysis**. Florianópolis. V. 10 n. esp. Pa. 37 – 45. 2007.

MOTA, V.V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na Microrregião de Baturité**. 2007. 180 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MOTTA, Luiz Eduardo. Acesso à Justiça, cidadania e judicialização no Brasil. [http://www.achegas.net/numero/36/eduardo\\_36.pdf](http://www.achegas.net/numero/36/eduardo_36.pdf)

COUTINHO, Carlos Nelson. A dualidade de poderes: Estado e Revolução do pensamento Marxista. In: **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1994.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira. **Judicialização do direito à saúde no Estado do Ceará, Brasil**: cenários e desafios. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. In: OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M.

Fleury – Petrópolis, Vozes (Rio de Janeiro): Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985. 360p.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de (Org.). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes** - São Luís, UFMA, 2015.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (org.) **Qualificação de gestores do SUS.** / organização de Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : ead/ENSP, 2009. 404 p., il.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Judiciário e Privatizações no Brasil: existe uma judicialização da Política? **Revista das Ciências Sociais.** Rio de Janeiro, vol. 48, nº 3, 2005, pp. 559 a 587.

PAIM, Jairnilson da Silva. **Direito à saúde, cidadania e Estado.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_, Jairnilson da Silva. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde.** ROUQUAYROL. M.Z & ALMEIDA FILHO, N – Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6.ed. p. 567 – 571).

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3249-3257, 2011 <http://producao.usp.br/handle/BDPI/3823>

PINHEIRO, Miranda Poliana. et. al. **Estratégias de Regulação do acesso aos Serviços no SUS: o complexo regulador.** Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção/organizadoras, Lúcia Conde de Oliveira, Maria Marlene Marques Ávila e Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia – Fortaleza: EdUECE, 2012.

PINHEIRO, Rejane Sabino. et al. Morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, 7(4): 687 – 707, 2002.

PINHO DE CARVALHO, Alba Maria, COSTA GUERRA, Eliana, O Brasil no século XXI nos circuitos da crise do capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **Revista de Políticas Públicas** [o linea] 2015, 19 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 12 de enero de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321143201003>> ISSN 0104-8740

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

PORTELA, Clarissa Lima de Melo. et al. **Rede Assistencial de Saúde em Fortaleza – Ceará**. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção/organizadoras, Lúcia Conde de Oliveira, maria Marlene Marques Ávila e Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia – Fortaleza: EdUECE, 2012.

**Recomendação nº 31**, de 30 de março de 2010. [http://www.cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/recomendacao/recomendacao\\_31\\_30\\_032010\\_22102012173049.pdf](http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30_032010_22102012173049.pdf). Acessado em 09 de junho de 2016.

REIS, F. W. **Mercado e Utopia** [on line]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009. Cidadania, mercado e sociedade civil. Pp. 229 – 245. <http://books.scielo.org>.

RICO, Elizabeth Melo (org.) (1998). **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. São Paulo, Cortez.

RIOS, Érica. **Cidadania e direitos humanos**. Disponível em [http://noosfero.ucsal.br/articles/0010/7038/cidadania\\_e\\_direitos\\_humanos.pdf](http://noosfero.ucsal.br/articles/0010/7038/cidadania_e_direitos_humanos.pdf)

ROBBA, Rafael. **A judicialização na saúde**. Disponível em <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI223889,31047-A+judicializacao+na+saude>.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **AVAL – Revista Avaliação de Políticas Públicas**, nº 1, jan-jun/2008.

\_\_\_\_\_. Avaliação de Políticas Públicas no Brasil: antecedentes, cenário atual e perspectivas. In: PRADO, Edna Cristina e DIÓGENES, Elione Maria Nogueira (org.) **Avaliação de Políticas Públicas: entre Educação & Gestão Escolar**. Maceió/AL, EDFAL, 2011.

SÁ JÚNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de Saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)** jul/ago/set de 2004 pg 15-16. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>

SAES, Décio Azevedo Marques de. **Cidadania e Capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania**. São Paulo, Caderno nº8 do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, abril de 2000.

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte, Ed. G. Holman, 1971.

SANTOS, L. (Org.). *et al.* **Direito da saúde no Brasil**. São Paulo: Saberes, 2010.

SANTOS, Ademir Barros. **Quem é negro, no Brasil?**. Por dentro da África, 2013. <http://www.pordentrodaafrica.com/cultura/quem-e-negro-no-brasil-por-ademir-barros-dos-santos>

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [ON LINE]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. <http://books.scielo.org>. Acessado no dia 20 de outubro de 2017.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina** - Mentis Insanas e Corpus Rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA E SILVA. Maria Ozanira. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conceito teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA e SILVA, Maria Ozanira (org). **Pesquisa avaliativa**: aspectos teóricos metodológicos. São Paulo. Veras Editora, 2008.

SILVA, Liliane Coelho da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13182&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9)>. Acesso em jun 2016.

STREY, Marlene Neves. et al. **Gênero & Saúde**: diálogos ibero-brasileiros. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.

TATE, C. Neal e VALLINDER, Torbjon. **The global expansion of Judicial Power**. New York: New York University Press, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIÃO. Advocacia-Geral da União. **Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais**. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais and SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis** [online]. 2010, vol.20, n.1, pp.77-100. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

VISENTINI, Paulo Fagundes. **A projeção internacional do Brasil: 1930 – 2012, diplomacia, segurança e inserção na economia mundial**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013.